



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

por

Henrique Paulo Marques Guilherme

**Porto, Março de 2012**





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**Realizado por:**

Henrique Paulo Marques Guilherme

(361609093)

**Sob orientação de: Professora Manuela Magalhães**

**Porto, Março de 2012**

*"Não importa que tipo de fisionomia a vida lhe mostre. Importa a fisionomia com que  
você encara a vida."*

Helmut Schmidt

## RESUMO

O relatório de estágio faz parte do plano de trabalho preconizado no Curso de Mestrado com Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, no qual foi utilizada a metodologia empírica, fundamentada pela reflexão e revisão bibliográfica, necessária e subjacente.

Com este documento pretende-se descrever e avaliar os resultados obtidos decorrentes da prática do Estágio. Este relatório surge como uma proposta para discussão pública, com o intuito de obter o Grau de Mestre em Enfermagem, futuramente.

Desenvolve-se abrangendo não só os campos de estágio, como também os objectivos delineados que serviram de base ao estágio de forma a otimizar o planeamento e definição de todos os passos para a organização e orientação de toda a formação. Desta forma, pode melhorar-se e aprofundar-se os cuidados de saúde prestados ao utente, contribuindo para uma melhoria da sua Saúde Mental. Para além do mais, nada disto faria sentido se não houvesse o propósito de alcançar e de ajudar cada um a obter o bem-estar, ou seja, a alcançar o equilíbrio entre a saúde mental e física.

Na escolha dos campos de estágio esteve envolvida uma linha orientadora, para organização de ideias, objectivos, actividades planeadas e executadas. Assim, foram desenvolvidos os estágios no PIAC, Projecto Integrado de Apoio à Comunidade, e no S.I.I., Serviço de Intervenção Intensiva no Hospital de Magalhães Lemos, por serem serviços extremamente abrangentes, no que diz respeito a intervenções de Saúde Mental.

O objectivo primordial de toda esta especialização foi a obtenção e o alargamento de competências a nível profissional e pessoal, no que ao utente e à Saúde Mental concerne, para uma aplicação à prática profissional.

## **ABSTRACT**

The internship report is part of the work plan recommended by the Specialization Master in Mental and Psychiatric Health, in which empirical method was used, based on necessary and underlying reflexion as well as bibliographical revision.

This document intends to describe and evaluate the results from the internship practice. This report is also, in a certain way, a proposal for a public discussion aiming to obtain the Nursing Master Degree, in the future.

It covers not only the internship fields, but also the outlined goals which based this internship in order to optimize the planning and the definition of all the steps towards the organization and orientation of all the training. This way it is possible to probe health care to the patient contributing to a better Mental Health. However, none of this would make sense if it was not the purpose of achieving and helping each individual to obtain his welfare, in other words, to achieve balance between mental and physical health.

There was a guiding line, when the internship fields were chosen, to a better idea organization, goal achievement and to plan and execute the different activities. Therefore, some internship was made at PIAC - Projecto Integrado de Apoio à Comunidade (Community Support Integrated Project), and S.I.I., Serviço de Intervenção Intensiva (Intensive Intervention Service) at de Magalhães Lemos Hospital, for being totally embracing in what Mental Health interventions are concerned.

The main goal of this specialization was to obtain extended professional and personal capacities and, concerning the Mental Health Patient, to enforce Professional practice.

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer a todos aqueles que se mostraram disponíveis para me auxiliar e apoiar, durante todo este percurso, tornando-o mais suave e motivador. Espero que me continuem a acompanhar neste caminho que ainda está a começar, pois impulsionam o meu desejo de dar o melhor, todos os dias, sempre na busca, incessante, de mais e melhor.

Aos meus pais por serem as pessoas mais maravilhosas à face da Terra.

Ao meu irmão, que infelizmente já não se encontra fisicamente presente, mas sempre comigo.

À professora Manuela Magalhães pela disponibilidade, empenho e dedicação que demonstrou ao longo deste percurso.

Um Abraço e um Muito Obrigado.

## **SIGLAS**

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRI - Centro de Respostas Integradas

DST - Doença Sexualmente Transmissível

EPE - Entidade Pública Empresarial

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ET - Equipa de Tratamento

HML - Hospital de Magalhães Lemos

IDT - Instituto da Droga e Toxicodependência

IP - Instituto Público

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIAC - Projecto Integrado de Apoio à Comunidade

PIAM - Projecto Integrado de Apoio à Maternidade

PORI - Plano Operacional de Respostas Integradas

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SII - Serviço de Intervenção Intensiva

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SMP - Saúde Mental e Psiquiátrica

UA - Unidade de Alcoologia

UCP - Universidade Católica Portuguesa

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	9
1. DO PROJECTO À IMPLEMENTAÇÃO PRÁTICA .....	12
1.1. Operacionalização do Projecto.....	12
1.1.1. Módulo I.....	12
1.1.2. Módulo II.....	13
1.1.3. Módulo III .....	28
1.2. Competências Adquiridas .....	35
CONCLUSÃO .....	39
BIBLIOGRAFIA.....	41
ANEXOS	
ANEXO I – ARQUITECTURA DO PROJECTO	
ANEXO II – PROJECTO	
ANEXO III - CREDITAÇÃO AO MÓDULO I	
ANEXO IV - ESTUDO DE CASO	
ANEXO V - ACTIVIDADES HML	
ANEXO VI – PLANOS DE SESSÃO	
ANEXO VII - TESTEMUNHOS	
ANEXO VIII - RESUMOS DE SESSÃO	



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. DO PROJECTO À IMPLEMENTAÇÃO PRÁTICA .....	12
1.1. Operacionalização do Projecto .....	12
1.1.1. Módulo I.....	12
1.1.2. Módulo II.....	13
1.1.3. Módulo III .....	28
1.2. Competências Adquiridas .....	35
CONCLUSÃO.....	39
BIBLIOGRAFIA .....	41
ANEXOS	
ANEXO I – ARQUITECTURA DO PROJECTO	
ANEXO II – PROJECTO	
ANEXO III - CREDITAÇÃO AO MÓDULO I	
ANEXO IV - ESTUDO DE CASO	
ANEXO V - ACTIVIDADES HML	
ANEXO VI – PLANOS DE SESSÃO	
ANEXO VII - TESTEMUNHOS	
ANEXO VIII - RESUMOS DE SESSÃO	

## INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório decorre no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica e visa a descrição e reflexão dos estágios desenvolvidos em instituições de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Com este documento pretende-se:

- Descrever os estágios desenvolvidos, englobando a forma de actuação, os seus objectivos, a realização das actividades e competências adquiridas;
- Compreender os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental que o indivíduo possa apresentar, não esquecendo as repercussões no seu projecto de vida e a forma como a saúde mental não pode ser separada dos factores circundantes;
- Fazer uma análise crítico-reflexiva de todo o percurso desenvolvido;
- Identificar as competências adquiridas.

Na formação em enfermagem, o Estágio torna-se importante *“para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão das práticas”*. (Simões, Alarcão e Costa, 2008)

Neste período de aprendizagem e com o intuito de reconhecer e evidenciar as competências condizentes à obtenção do grau de especialista, procura-se fazer uma avaliação autocrítica e reflexiva do desempenho, identificando as competências adquiridas no percurso profissional e formativo que *“o aluno é cada vez mais co-responsável e protagonista da sua própria formação”*. (Neves, 1995)

Em todo este processo houve a tentativa de utilizar uma componente crítico-reflexiva que visa transmitir intencionalidade às actividades desenvolvidas, bem como mostrar o benefício que este período de formação proporcionou.

Foi o desejo de aumentar o saber que despertou a vontade de aprender mais, para melhor ajudar os outros. O agir ético centra-se no cuidado aos outros e no que respeita à sua dignidade. Começar de novo é, de facto, a realidade que nos move aliado ao empenho e dedicação ao próximo.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, publicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, consagra um conjunto de normas de especial importância para o exercício da Enfermagem, e integra no capítulo da Deontologia Profissional (Capítulo VI) o Código Deontológico do Enfermeiro, cuja publicação em diploma legislativo vincula todos os enfermeiros.

Dado o pouco tempo decorrido, muitos dos preceitos precisam ainda de ser discutidos, aclarados e refinados, pois só assim poderão atingir os objectivos a que se propõem, que é precisamente o que acontece com o Art. 78º (Princípios Gerais), que inicia o Código Deontológico do Enfermeiro, e que o nº 1 refere: *“as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”*.

O enfermeiro, profissional do cuidar humano, assume um papel crucial pelo respeito, pela defesa e pela promoção dos direitos das pessoas de quem cuida. Pensa-se ser seu dever próprio e para com a sociedade na qual está inserido, como profissional de saúde, saber não apenas por saber, mas saber cada vez mais, para melhorar, isto é, tentar melhorar a vida de todos os que o rodeiam. Não é fácil, na conjuntura actual lutar contra os desafios propostos pela sociedade, sem se procurar aprofundar os conhecimentos.

Promover a Saúde Mental é potenciar um estado de equilíbrio que permita ao indivíduo compreender, interpretar e adaptar-se ao meio que o rodeia, estabelecer relações significativas com os outros e ser um membro criativo e produtivo da sociedade. O conceito de saúde mental deve envolver o homem no seu todo biopsicossocial, o contexto social em que está inserido, assim como a fase de desenvolvimento em que se encontra. Neste sentido, podemos considerar a saúde mental como um equilíbrio dinâmico que resulta da interacção do indivíduo com os seus vários ecossistemas: o seu meio interno e externo; as suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares (Fonseca, 1985).

Numa abordagem à influência de factores sociais na saúde mental, foi referido que a saúde mental deixou de ser a ausência de doença, problemas mentais e psíquicos, mas sim a percepção e consciência dos mesmos, e a possibilidade pessoal e/ou colectiva de os solucionar, de os modificar, de intervir sobre eles (Uribe Vasco et al., 1994).

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica sofreu mudanças e evoluiu para áreas cada vez mais específicas, tendo sido objecto de vários estudos e reflexões, enquanto profissão e sobre a natureza dos cuidados que presta. Se se capacitar os profissionais da área da Saúde Mental para a importância do planeamento dos cuidados e da envolvência do indivíduo no processo terapêutico, estar-se-á a contribuir para o aumento das suas competências técnicas e a promoção das relações intra e inter-institucionais.

O plano curricular contempla a realização de um estágio subdividido em três módulos, aos quais se reportam este relatório:

- Módulo I - Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e Prevenção;

- Módulo II - Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do Adulto;

- Módulo III - Módulo Opcional - Diagnóstico e prevenção em indivíduos com problemas de adição.

O desempenho de funções de Enfermeiro, desde 18 de Dezembro de 2005, na área da Saúde Mental e Psiquiátrica, no IDT, nomeadamente como Enfermeiro responsável da equipa de Enfermagem da ET de Gondomar do CRI-Porto Oriental, permitiu obtenção de creditação para o Módulo I do estágio - Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e Prevenção.

O estágio referente ao Módulo II - Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do Adulto, num total de 180 horas, decorreu entre 6 de Outubro a 27 de Novembro de 2010, no Hospital de Magalhães Lemos, no Serviço de Intervenção Intensiva.

No que diz respeito ao Módulo III - Módulo Opcional - Diagnóstico e prevenção em indivíduos com problemas de adição, num total 180 horas, compreendido entre 19 de Abril a 18 de Junho de 2010, no âmbito do Projecto Integrado de Ajuda Comunitária (PIAC) no IDT.

O desenvolvimento deste relatório será estruturado em três partes distintas, mas não desagregadas, de forma a facilitar a sua consulta e compreensão:

- Parte I – Do Projecto à implementação Prática;

- Parte II – Operacionalização do Projecto de Estágio – Objectivos, actividades desenvolvidas em cada campo de estágio.

- Parte III – Competências adquiridas

Para finalizar, apresenta-se uma nota conclusiva, que emerge do pensamento crítico-reflexivo sobre o trabalho desenvolvido, fazendo com que não seja mais do que um ponto de partida, com mais força, empenho e conhecimento, seguida da pesquisa bibliográfica efectuada.

## 1. DO PROJECTO À IMPLEMENTAÇÃO PRÁTICA

Para orientar os estágios desta especialização, foi necessária a elaboração de um projecto de estágio, instrumento essencial para todo o seu desenvolvimento, de forma a permitir uma abordagem lúcida e consciente das oportunidades e possibilidades de actuação, definir objectivos, delinear etapas, conceber um plano de actividades contextualizado e servir como instrumento de avaliação.

Este projecto de trabalho a ser organizado pode *“estar relacionado a uma actividade de produção concreta ou simbólica e procura permitir com que a pessoa viva, desde seu planeamento até à sua execução, o sentimento de capacidade e de criação de alternativas diante dos erros que podem surgir neste processo. Além disto abre-se espaço também para a procura do ensino, pois quando não se sabe e não se consegue criar alternativas, pode-se encontrar naquele que sabe um aliado, um mediador entre o saber e o não saber”*. (Barbosa, 2003, p. 22)

### 1.1. Operacionalização do Projecto

Tentou dar-se uma resposta adequada a esta etapa, dada a natureza do trabalho que se pretendia desenvolver no sentido de adquirir competências previstas e evidenciar a sensibilidade dos ganhos a aportar pelo enfermeiro especialista no contexto da atenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. O projecto de estágio encontra-se no final em forma de anexo.

#### 1.1.1. Módulo I

##### **Promoção de Estilos de Vida Saudáveis, Diagnóstico e Prevenção**

Foi obtida creditação a este Módulo (Módulo I), como resultado da análise das competências obtidas na área Psiquiátrica, enquanto enfermeiro do I.D.T. (Instituto da Droga e Toxicoddependência). O Modulo I encontra-se afixado em anexo no final.

### 1.1.2. Módulo II

#### **Desenvolvimento de Competências em Unidades de Intervenção na Crise do Adulto**

O Módulo II foi realizado no Serviço de Intervenção Intensiva (SII) do Hospital de Magalhães Lemos (HML), com um carga horária de 180 horas no seu total, que decorreu entre 6 de Outubro a 27 de Novembro de 2010.

O Hospital de Magalhães Lemos EPE é um hospital que procura manter uma uniformização dos cuidados e da assistência ao indivíduo/comunidade, no sentido de promover as boas práticas no caminho da qualidade.

A procura sistemática do acompanhamento e evolução dos conhecimentos psiquiátricos e das modernas técnicas de intervenção terapêutica conduziu a um progressivo encurtamento da demora média de internamentos e taxa de ocupação, com a necessidade de complementar a assistência hospitalar com a intervenção comunitária e com a articulação com a rede de cuidados primários.

Uma das unidades hospitalares mais actuais e dinâmicas é o HML EPE que, para além de hospital especializado na área da Saúde Mental com funções assistenciais, é um hospital com uma filosofia de cuidados vocacionados para o tratamento e reabilitação, assim como formação e investigação.

Relativamente ao Serviço de Intervenção Intensiva, campo onde o estágio decorreu, pode dizer-se que é um serviço que se destina a oferecer tratamento psiquiátrico especializado, em ambiente seguro, protegido e controlado, a utentes psiquiátricos agudos, que requeiram alto nível de cuidados, por um curto período de tempo.

Esta unidade utiliza o método de trabalho individual, que consiste na atribuição de determinados utentes a cada enfermeiro, o qual tem a seu cargo a prestação de cuidados globais aos mesmos.

Os registos de enfermagem são realizados, de acordo com a CIPE e informatizados no aplicativo SAPE, tendo em conta os valores preconizados pelo Hospital para a prática diária. Os registos são realizados em cada turno pelo enfermeiro responsável de cada utente.

Ao enfermeiro cabe-lhe estabelecer a relação terapêutica, conhecendo o utente a vários níveis, de modo a possibilitar uma intervenção mais eficaz. Na prestação de cuidados o

enfermeiro deve orientar a sua prática, tendo em atenção as necessidades do utente, bem como a organização e a dinâmica do serviço.

A enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica baseia-se num processo interpessoal, no qual o enfermeiro auxilia o utente a promover a Saúde Mental. É a área especializada da enfermagem que utiliza como método científico as teorias do comportamento humano e tem por objectivo corrigir os desequilíbrios mentais e as suas consequências.

Os problemas identificados e futuro objecto de intervenção são a nível da concentração, com realização de uma avaliação inicial de enfermagem direccionada ao utente, capaz de avaliar as suas limitações cognitivas, dependência física e capacidade comunicacional.

Neste sentido, antes de qualquer diagnóstico médico, é necessário avaliar o utente no seu desempenho diário social, doméstico e/ou profissional. O processo de enfermagem é um processo complexo e abrangente que engloba diferentes fases, consistindo “*em várias etapas: avaliação sistemática dos problemas do doente, desenvolvimento de um plano de tratamento, implementação do plano de tratamento e apreciação da eficácia do plano de tratamento*”. (Brunner, L. S. e Suddarth, D.S., 1985) É importante utilizar todos os instrumentos de avaliação pertinentes para uma prestação de cuidados de enfermagem, que visem a melhoria e o desenvolvimento da autonomia destes utentes.

### **- Objectivos Específicos e Actividades Efectivadas –**

#### **Objectivo 1:**

- Demonstrar aptidão para trabalhar, de forma adaptada e coordenada, integrado na equipa multidisciplinar e interdisciplinar em exercício de funções na instituição de estágio.

Considera-se equipa e trabalho em equipa noções que fazem parte da mitologia das profissões relacionadas com a saúde.

Relativamente à formação dos profissionais a OMS (1988), refere que os mesmos devem ter a oportunidade de aprender a trabalhar em conjunto, assim como, deveria dar-se tanta ou mais importância às competências relacionais (saber – ser, saber – estar) do que às instrumentais (saber – fazer) e cognitivas (saber – saber).

De acordo com GRAÇA (1992), que nos diz que é a este nível que as equipas falham por falta de capacidades em relações humanas, por falta do saber – ser e saber – estar em grupo, por falta de liderança eficaz e por falta da heterogeneidade das competências e papéis.

Trabalhar em equipa implica que as pessoas realizem, em conjunto, tarefas ou missões concretas como expressão da linguagem profissional. O trabalho em equipa, de acordo com LOFF (1994), é a actividade sincronizada e coordenada de diversos profissionais, de categorias diferentes, para cumprir um objectivo comum, sendo que o produto final (equipa) é diferente da soma das partes, ou seja, o trabalho desenvolvido por cada trabalhador isoladamente é diferente daquele realizado pela equipa.

Relativamente à profissão de enfermagem BARBIERI (1997, p. 22) acrescenta que *“o que dá eficácia a uma equipa é a diversidade dos contributos específicos de cada profissão. Só possuindo uma concepção clara e precisa pode o enfermeiro projectar uma imagem positiva, quer na sociedade, quer nas equipas que integra e consciencializar os pontos de sobreposição da sua intervenção com os dos outros profissionais, num clima de respeito, confiança, cooperação e apoio”*.

Os técnicos de saúde fazem parte de uma equipa e, como tal, devem saber executar as suas actividades em interacção para que a melhoria da prestação de cuidados seja alcançada.

### **Actividades:**

- Conhecer a equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Conhecer a estrutura física, a dinâmica e a organização do S.I.I.;
- Examinar os protocolos e normas da instituição e do serviço;
- Entender a metodologia de trabalho dos profissionais do serviço;
- Conhecer os recursos materiais disponíveis.

### **Objectivo 2:**

- Desenvolver competências comunicacionais de forma a adaptar a linguagem terapêutica, modificando-a para uma linguagem mais comum, de maneira a ser

perfeitamente percebida pelos indivíduos ou grupos, principalmente no que diz respeito a indivíduos em situação de dependência e/ou alteração da razão para a acção.

Lhullier (apud PINHEIRO, 2002) diz que a continuidade ou não de um tratamento está mais relacionada com o tipo de interação terapeuta-utente do que com a técnica utilizada. De uma forma geral, as pesquisas apontam que a qualidade da aliança estabelecida entre terapeuta e utente é um factor responsável pelo sucesso de uma psicoterapia. Neste sentido, pacientes de difícil acesso apresentam dificuldades no estabelecimento da relação terapêutica (LIBERMANN, 1994), bem como no tipo de vínculo que estabelecem. Portanto, Ceitlin e Cordioli (1998) ressaltam que o contrato terapêutico é fundamental para uma aliança terapêutica adequada, bem como para a adesão ao tratamento psicológico.

### **Actividades:**

- Estabelecer comunicação de forma terapêutica, eficaz e adequada com os utentes portadores de distúrbios psiquiátricos, tendo em conta os seus estados psicopatológicos;
- Fazer com que o utente tome consciência de todos os pormenores em relação à sua situação, o que se torna importante para avaliar e planear todas as intervenções no que à melhoria do seu estado de saúde concerne;
- Educar indivíduos com comportamentos aditivos, procurando a mudança de mentalidades e comportamentos no âmbito da reinserção social e familiar.

### **Objectivo 3:**

- Desenvolver em profundidade a capacidade própria de observação, análise reflexiva e autocrítica.

HUDACK (1997, p.99) refere que os enfermeiros são responsáveis pelo acompanhamento constante dos utentes, portanto têm a responsabilidade de manter o “equilíbrio” do utente, daí a existência da autocrítica rigorosa que muitos enfermeiros (nomeadamente intensivistas) possuem. Ao vivenciar a prática de enfermagem,

percebemos que inúmeras dificuldades são evidenciadas na manutenção do utente no ambiente hospitalar.

**Actividades:**

- Na maioria dos casos, para além do que o utente refere sobre a sua situação, torna-se importante a observação e reflexão sobre esta, alargando assim o campo de possibilidade de intervenção e as possíveis causas de doença;
- Um dos campos mais importantes e fundamentais nesta fase é a autocrítica que o profissional tem que ter sobre as suas acções e sobre as acções e narrações de cada indivíduo.

**Objectivo 4:**

- Envolver a família activamente no processo de prestação de cuidados.

Porque a família é um elemento-chave da equipa que ajuda os doentes mentais a melhorarem, às vezes é útil para os membros da família entenderem o que os seus familiares estão a passar, como podem lidar com a situação e o que podem fazer para ajudar. A terapia interpessoal concentra-se nos comportamentos e interacções de um utente com a sua família e amigos. O principal objectivo desta terapia é melhorar as capacidades de comunicação e aumentar a auto-estima num curto período de tempo. Como diz Fishman (1996), precisa-se aqui de uma terapia contextual. Sem este tipo de terapia há o risco de cair no engano mencionado por Gregory Bateson (1979) de gastar as energias a tratar o *nome* do problema e não o contexto que o cria e mantém.

Uma política de saúde centrada na Qualidade é um desafio assumido com clareza e determinação pelo Ministério da Saúde, ao identificar como uma estratégia prioritária o “Desenvolvimento Continuado da Qualidade dos Cuidados de Saúde”, na qual se reafirma que a enfermagem tem como finalidade ajudar a desenvolver as potencialidades do indivíduo, família e comunidade de forma a aumentar as suas capacidades na satisfação das suas necessidades e no desenvolvimento de mecanismos de adaptação às mutações da vida (Costa, 2002). A mesma Instituição defende que os cuidados de enfermagem são um conjunto organizado de acções que se dirigem a um indivíduo, família e comunidade, qualquer que seja a sua situação. Centram-se numa

relação interpessoal, do enfermeiro com o indivíduo, a família e a comunidade, que visa o desenvolvimento de potencialidades de forma a aumentar a capacidade de satisfação das necessidades e os mecanismos de adaptação às mutações de vida (Costa, 2002).

**Actividades:**

- Torna-se muito relativo, pois no S.I.I. o utente encontra-se em fase aguda e nem sempre é possível, nem evidente, o envolvimento da família sendo que, muitas vezes, a passagem pelo serviço é de duração muito curta;
- Esta tarefa torna-se ainda mais problemática, na medida em que muitas das famílias se alienam do acompanhamento dos indivíduos, deixando esta função quase exclusivamente a cargo do hospital e seus profissionais.

**Objectivo 5:**

- Analisar questões éticas decorrentes da prática de enfermagem psiquiátrica.

É importante nunca esquecer que todo o utente é uma Pessoa, e cada Pessoa é diferente, por isso os valores éticos são dos mais importantes valores que poderemos seguir na actualidade e que, de certa forma, nos poderão levar a um patamar mais alto, ao nível do respeito pela privacidade e pelo íntegro do Outro. O enfermeiro deverá demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o utente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. Um dos direitos que assiste ao utente é o da autonomia e recusa de tratamento. Contudo, a mera aceitação deste tipo de recusa iria demonstrar falta de interesse e preocupação. Logo, deve tentar descobrir-se as preocupações, expectativas do utente, corrigir equívocos, num clima de confiança e respeito mútuo e, se mesmo assim a recusa persistir, deve respeitar-se a escolha do utente, dando-lhe suporte na sua decisão, sabendo-se que existe compreensão por parte deste. Aposta-se, assim, na competência, exercendo os direitos, sendo-se capaz de correr riscos, tomando como alvo de acção o utente e os direitos que lhe assistem. O Código Deontológico do Enfermeiro surge, então, como um recurso importante na medida em que configura os deveres decorrentes da salvaguarda e da garantia dos direitos dos utentes (por ex. o direito à autodeterminação) e das responsabilidades da profissão – promoção da saúde e resposta

adequada às necessidades. Uma ampla gama dos deveres profissionais situam-se na promoção, defesa e garantia dos direitos daqueles que se cuida. O respeito pela dignidade da pessoa humana é reconhecido no Código de Nuremberga (1947) e na Constituição da República Portuguesa, significando, acima de tudo, a promoção da capacidade para pensar, decidir e agir. Este deve ser um princípio a seguir por todos os profissionais de saúde.

### **Objectivo 6:**

- Exercer supervisão do exercício profissional na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Assistiu-se, ao longo do século vinte, a alterações de fundo nos processos de formação; o paradigma de educação profissionalizante, baseado no racionalismo técnico, foi cedendo espaço a uma epistemologia da prática, que tem como ponto de referência a competência subjacente à boa prática profissional: a racionalidade crítica.

Para Quinn, o ensino clínico em contexto hospitalar constitui a verdadeira formação em enfermagem, considerando que *“é o local onde a prática real de enfermagem é aprendida em oposição à natureza idealista da escola”* (1988, p. 395). O mesmo autor considera que os alunos podem aplicar os princípios de enfermagem e desenvolver competências práticas neste domínio como, por exemplo, a capacidade de trabalho em equipa, tomada de decisões e competências de comunicação, entre outras. Dubar, que nos diz que *“a única formação que lhes (aos profissionais) interessa é a formação prática, directamente ligada ao trabalho, que parte dos problemas concretos e permite resolvê-los propiciando-lhes um benefício tangível. A formação válida é aquela que desenvolve saberes práticos, úteis para o trabalho e adquiridos directamente pelo seu exercício”* (1997, p. 49). É neste sentido que se compreende que a realidade dos cuidados de enfermagem começa, realmente, a ser interiorizada a partir da realidade que o aluno observa nos serviços, integrando-a com conhecimentos anteriormente adquiridos.

Assim, através de uma atitude reflexiva, o estudante deverá dar conta da distância existente entre um mundo em que se enunciam as verdades (segundo a lógica didáctica) e um mundo em que se exige eficácia (em nome da lógica produtiva) (Carvalho, 2003). A relação em contexto de supervisão em ensino clínico é definida como conexões e

influências que se estabelecem intra, interpessoal e interinstitucionalmente, cujo significado essencial é o de estar-com, com intencionalidade formativa. Implica também a relação que alunos, docentes e enfermeiros cooperantes estabelecem com os utentes e que constitui uma componente formativa. O perfil do supervisor deve encaixar num modelo de competências nas diferentes vertentes do conhecimento científico, técnico e sócio-relacional e de responsabilização pela formação dos alunos. Embora dito por outras palavras, esta opinião está de acordo com a de Carvalho (2003), pois esta autora refere que o papel do supervisor é acompanhar um indivíduo ou grupo, no sentido de motivar e incentivar, dialogar, esclarecer e encaminhar para uma meta previamente determinada.

### **Actividades:**

- Colaborar com enfermeiros especialistas do serviço na supervisão de actividades relacionadas com a ESMP, realizadas por outros profissionais, de forma crítica e construtiva;
- Orientar e encorajar os alunos de Enfermagem, em estágio no S.I.I., da responsabilidade de um Enfermeiro Especialista, sob a supervisão do Enfermeiro chefe, promovendo o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

### **Objectivo 7:**

- Identificar os focos de atenção sensíveis aos cuidados de enfermagem em SMP.

Um ponto importante a ser abordado na delimitação teórica da psicoterapia é o conceito de foco. Lemgruber (1984) define como foco, o material consciente e inconsciente do utente, delimitado como uma área a ser trabalhada no processo terapêutico através da avaliação e planeamento prévios.

Fiorini (1978) faz uma excelente apresentação deste conceito no seu livro, descrevendo-o como uma organização complexa da qual fazem parte formulações que enfatizam aspectos sintomáticos (como, por exemplo, o próprio motivo da consulta), aspectos interaccionais (o conflito interpessoal que desencadeou a crise), aspectos associados ao carácter (uma zona problemática do indivíduo), além de aspectos próprios da díade terapeuta-utente e o desenvolvimento da técnica. O indivíduo executa as actividades que

levam à satisfação das necessidades, seguindo um esquema hierárquico em que desenvolve e organiza as figuras de experiência, segundo um certo grau de complexidade. À medida que as enfrenta, dá-se a sua resolução e conseqüente desaparecimento, podendo o indivíduo continuar no caminho da sua meta. Ora, numa situação terapêutica, temos como um único foco os seus diversos níveis - a situação trazida por um utente em que o ponto de partida seja realmente uma série de sintomas somáticos (taquicardia, palpitações, falta-de-ar, tonturas, etc.), desencadeados num segundo nível pela ansiedade ou angústia frente a uma situação específica (da qual, em muitos casos, a pessoa nem se deu conta). Deve ter-se em conta que a angústia é um sentimento natural, que se apresenta num indivíduo perante uma situação de conflito. Portanto, como delimitação do foco, tem-se a sintomatologia apresentada, a ansiedade que lhe deu origem e o conflito actual que gerou essa ansiedade. O conflito actual é a situação vivida pelo sujeito, que encontra dificuldades para resolver um problema (obstáculo) que a vida lhe ofereça.

Nas palavras de Fiorini de que *"a focalização da terapia breve é a sua condição essencial de eficácia"*, compreende-se o sentido primordial do trabalho terapêutico, abandonando, pelo menos no momento, a sugestão apresentada por Malan de se trabalhar com mais do que um foco em psicoterapia, pois existe o risco de se perder a essência do processo breve e de se criar uma outra forma alternativa de abordagem - que poderia ser aplicada em processos psicoterapêuticos de duração limitada.

É preciso estar atento para que não se trabalhe realmente apenas no sentido de suprimir os sintomas, como pode ocorrer em outras formas de abordagem (principalmente a medicamentosa). Neste sentido, é interessante observar a colocação de Jurandir Freire (1976): *"Um sintoma é a manifestação visível e sensível de uma estrutura e a estrutura é ela mesma. Mais ainda, um sintoma sintetiza um conflito presente e uma história conflitual passada, ele é um resumo, um instantâneo da vida do sujeito..."*. Se a psicoterapia consegue fazer com que o sintoma desapareça no acto da cura ou se a sua estratégia foi bem sucedida, o sintoma pode ser suprimido e com ele o funcionamento patológico que lhe deu origem; se a sua estratégia foi mal sucedida, o sintoma pode desaparecer, mas dar lugar a uma "sintomatização" do ego ou do carácter, problemas psicopatológicos bem mais graves.

**Actividades:**

- Para atingir este objectivo foi desenvolvido um estudo de caso, de forma a aprofundar conhecimentos e estreitar a relação Enfermeiro/Utente contribuindo para o sucesso terapêutico. O estudo de caso e a respectiva identificação de focos de atenção é apresentado em anexo (Anexo I).

**Objectivo 8:**

- Enunciar diagnósticos, planear, executar e avaliar as intervenções de enfermagem, com possibilidade de intercessão identificando ganhos em saúde.

Sabendo que o exercício da enfermagem é um processo de interacção entre enfermeiros e pessoas, no qual o enfermeiro identifica as necessidades da pessoa, define objectivos, selecciona uma estratégia de acção e avalia os resultados, este processo de garantia de qualidade de cuidados de enfermagem só poderá considerar-se instituído com a implementação plena de planos de cuidados (Ângelo *et al*, 1995). De acordo com Albuquerque (1990, p.265), “o plano de cuidados, formalizando o processo de enfermagem, é o tipo ideal de suporte de informação para esse fim”. Assim, devemos ter em consideração que a planificação de cuidados só poderá contribuir para a avaliação de cuidados se se basear numa colheita de dados/avaliação inicial exaustiva, completa e universalmente aceite. A grande importância que a informação tem para a Enfermagem é, hoje em dia, consensual na nossa comunidade profissional (Jesus, 2006). Não apenas no que se refere às finalidades legais e éticas e quando é necessário tomar decisões clínicas, mas também no momento de optar quanto à continuidade dos cuidados, quanto à qualidade dos mesmos, quanto à gestão, à formação, à investigação e quando é necessário assumir uma posição política. Porém, nem sempre a documentação do processo de tomada de decisão clínica de enfermagem se verifica fácil. A razão deste facto está na natureza distinta deste processo de decisão, que decorre enquanto existe interacção com a pessoa doente e da respectiva formalização nos registos. Os registos em si mesmo, propõem melhorar a comunicação entre todos os que cuidam da pessoa, proporcionando uma atenção comum para os problemas desta (Rodrigues, 1998). Contudo, muitas vezes, constata-se que os registos de enfermagem que são efectuados não reflectem os cuidados que foram prestados às pessoas, nem tornam possível planear

os cuidados a prestar, não servindo assim de elo de ligação, nem de meio de comunicação, quer intra quer inter-equipas. Associada a esta constatação está a não utilização, ou a utilização deturpada, dos modelos de cuidados de enfermagem adoptados pelas instituições de saúde. Conscientes desta problemática e da crucial importância dos registos de enfermagem para a produção de conhecimento científico em Enfermagem, as instituições de saúde e as equipas de enfermagem destas, têm vindo a desenvolver esforços na tentativa de implementar sistemas de informação e documentação em enfermagem utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), que facilitem os registos por parte dos profissionais de enfermagem e que permitam avaliar adequadamente os ganhos em saúde.

### **Actividades:**

- Delinear e realizar entrevistas de acolhimento, de forma a identificar os focos de atenção;
- Planear diagnósticos e intervenções de enfermagem, específicos para cada utente;
- Estabelecer uma relação de parceria com o indivíduo, incutindo-lhe uma maior responsabilidade e consciencializando-o para a necessidade de ser um elemento activo na sua recuperação;
- Proceder à realização de avaliações dos diagnósticos elaborados, utilizando como referência as escalas dos indicadores NOC (Nursing Outcomes Classification).

### **Objectivo 9:**

- Desenvolver competências no planeamento, execução e treino de intervenções Psicoterapêuticas e na relação de ajuda, adaptadas a cada utente.

Considerando aspectos do tratamento, a falta de informação aos utentes, quanto ao processo terapêutico no início do atendimento, tem sido associada à interrupção da terapia, indicando que muitos abandonos ocorrem pelo facto de os terapeutas não esclarecerem o seu paciente de como funciona a terapia (FIGUEIREDO; SCHVINGER,

1981). Já Bueno et al. (2001) apontam que algumas características do processo terapêutico, como a implicação da família, lista de espera, a modalidade terapêutica e o intervalo entre as sessões são características mencionadas em estudos como causas de interrupção. Outros aspectos importantes são a não obtenção dos benefícios esperados e desgaste na relação enfermeiro-utente (VALLE; VIEGAS; CASTRO; TOLEDO JR., 2000). Samstag e colaboradores (1998) verificaram que tanto os indivíduos que abandonaram o tratamento psicoterápico como aqueles que tiveram resultados pobres ao final do tratamento apresentavam uma aliança terapêutica problemática.

Segundo Lazure (1994), o enfermeiro deve assistir, esclarecer e proporcionar ao utente cada etapa do processo de resolução de problemas. O enfermeiro deverá facultar ao utente o direito de tomar decisões de forma o mais consciente e informada possível.

### **Actividades:**

- Elaborar diariamente, e posteriormente executar, planos de intervenção Psicoterapêutica individual ou em grupo. Estes planos estão adaptados aos diagnósticos de enfermagem elaborados, de acordo com necessidades de cada indivíduo ou grupo de indivíduos internados no serviço;
- Identificar factores criadores de perturbações do comportamento e mentalidade, atendendo ao referencial teórico em análise, avaliando a condição do utente, nomeadamente no que diz respeito à sua história biopsicossocial;
- Assegurar que a informação transmitida aos utentes é assimilada e compreendida perfeitamente, de maneira a obter um consentimento informado antes de todas as intervenções a realizar;
- Englobar as principais vertentes em que se investe, visto ser fundamental, quer através de pesquisa bibliográfica, quer através de debate com colegas profissionais mais experientes, desde a chegada do utente até ao momento da sua alta ou transferência, sendo que todo o processo de enfermagem e acompanhamento do utente está alicerçado nestas bases.

---

### - Fundamentos da Intervenção –

As intervenções terapêuticas usadas são: a terapia do comportamento, a terapia cognitiva, a terapia de grupo, as técnicas de relaxamento e as técnicas e terapias de apoio e partilham funções terapêuticas tais como diminuir o impacto da hospitalização, fortalecer relação terapêutica, estimular autonomia, promover a independência nas AVD's (Actividades de Vida Diárias), entre outras. Como exemplos de intervenções de actividades terapêuticas e psicoterapêuticas foram efectuados jogos de memória, jogos de concentração com objectivo de estimular a memória, atenção, concentração e promover a relação inter-grupo, técnicas de relaxamento, respiração abdominal, relaxamento progressivo de Jacobson. As actividades desenvolvidas são apresentadas no Anexo IV.

As intervenções terapêuticas são um *“Conjunto de técnicas psicológicas que têm por objectivo o tratamento de distúrbios mentais ou comportamentais, como métodos pedagógicos, reeducação, aconselhamento, persuasão, sugestão, que visam mudar os padrões de adaptação à realidade”* (Maluf, 2006) pelo que estas intervenções não devem ser menos importantes que os cuidados de saúde, mas sim usadas de forma complementar, pois o seu contributo é fundamental para o bem-estar, saúde, reabilitação e qualidade de vida do utente.

Em geral todas as intervenções foram planeadas e estruturadas, procurando intervir a nível comportamental, de humor, e dos padrões emocionais de reacção contribuindo para o bem-estar do utente e minimizar o impacto do internamento.

A realização de actividades com as pessoas internadas num serviço psiquiátrico, seja ela qual for, é benéfica, quer pela diversão, quer pela aprendizagem. Através de actividades terapêuticas desenvolvem-se várias capacidades, exploram-se e reflectem-se vários contextos da realidade.

No S.I.I. o número e o tipo de utentes variam imenso, em função disso torna-se necessário fazer referência a actividades como o desenho ou a pintura, visto serem actividades de preparação relativamente fácil e não necessitarem de grandes recursos materiais.

A sua importância é irrefutável, pois *“mostra-se como um canal de comunicação alternativo”*. (Bezerra et al., 2002) *“Podem ser consideradas como uma forma de autoconhecimento e de compreensão própria”*. (Nobre, 1998; Valladares, 2004) O facto de serem actividades que nos permitem uma visualização e objectivação daquilo que

cada um pensa, permite-nos perceber como o internamento está a ser vivido e quais as emoções presentes. Alucinações ou delírios encontram aqui uma forma de expressão e partilha, que nos permite entender, e de alguma forma gerir, estes sinais.

Relativamente à participação dos utentes em actividades como os jogos de concentração (dominó, cartas, damas) pode-se afirmar que estas auxiliam a PESSOA a atingir uma satisfação pessoal e social, para libertar preocupações e necessidades que as exigências e as pressões do dia-a-dia lhe impõem, estimulando também o desenvolvimento de capacidades psicomotoras, com o objectivo de conservar qualidades, estimular o crescimento, minimizar distúrbios de coordenação e aumentar a autoconfiança. Estes jogos podem ser assim, *”uma maneira saudável de libertar um sentimento, um medo, um sorriso, uma emoção e, assim, contribuir para o desenvolvimento e tratamento das pessoas com doença mental”*. (Cruz et al., 2003; Loss, 2008; Scherer et al., 2001) Porém, o desenvolvimento destes tipos de actividades implica também *“um enriquecimento de experiências internas e externas, bem como, uma familiarização grupal, para melhorar posteriores comportamentos sociais”*. (Cruz et al., 2003; Loss, 2008)

No planeamento de actividades é necessário ter em conta aquelas que reportam a uma interacção em grupo (teia, partilha de experiências), pois apresentam diversas vantagens. *“Se por um lado ajudam os membros do grupo a tomarem consciência de que os seus problemas não são únicos, por outro, pode facilitar a resolução desses mesmos problemas, já que lhes proporciona uma avaliação da realidade e permite a partilha entre os diferentes membros do grupo, fazendo com que a promoção da interacção social seja uma constante. No entanto, também tem pontos negativos, como por exemplo, a menor atenção que é dada individualmente, ou até mesmo a desconfiança na confidencialidade. Ainda assim, não deixam de ser actividades importantes, pois ajudam o indivíduo a resolver conflitos e a obter uma maior compreensão sobre si mesmo e os outros, sendo o principal objectivo o insight e a maior adaptação às relações com os outros”*. (Bateman et al., 2003; Bezerra et al., 2002)

*“As actividades recreativas, mais conhecidas por actividades de lazer, ajudam a pessoa a atingir uma satisfação pessoal e social, a fim de libertar preocupações e necessidades que as pressões e exigências do dia-a-dia lhe impõem”*. (Cruz e Barreto, 2003)

*“A participação dos doentes mentais, em actividades lúdico-recreativas fomenta diversão, desenvolvimento, alegria e prazer, e ajuda a desenvolver capacidades*

---

*motoras/psicomotoras, a fim de conservar qualidades, estimular o crescimento, minimizar distúrbios de coordenação e aumentar a auto-confiança*". (Cruz e Barreto, 2003; Scherer, Scherer, 2001)

As actividades de lazer ou de recreação devem assim *"agradar aos doentes, trazendo conforto e momentos de alegria e descontração, daí terem características mais livres quanto à sua estrutura, o que nos permite ajudá-los a distraírem-se, a relaxarem e a sentirem prazer"*. (Andrade e Pedrão, 2005; Scherer, Scherer, 2001)

O enfermeiro, ao estabelecer uma relação terapêutica com o doente, *"pode tirar proveito dos seus sentidos para confirmar situações clínicas em que é necessário obter informações, suplementares ou auxiliares, sobre a forma como encaram o ambiente. Desta forma, pode utilizar os sentidos para estimular os doentes e mantê-los na realidade, tornando-se assim, mais fácil ajudar os mesmos a manter ou restabelecer contacto com eles próprios e com o seu ambiente"*. (Chalifour, 2008)

*"A actividade física tem sido relatada na literatura como sendo uma actividade que beneficia amplamente a saúde e o bem-estar das pessoas. A sua prática regular é fundamental em todas as faixas etárias, incluindo pessoas geralmente menos dispostas e motivadas à actividade física, tal como idosos, trabalhadores, indivíduos portadores de determinadas doenças crónicas, mentais ou deficiências"*. (Lapas 2001) Segundo Alssen, Harrison e Vance (2001) a *"actividade física influencia de maneira positiva a saúde física e psicossocial, é importante em todos os estádios de vida, desde a infância até às idades mais avançadas"* e *"as intervenções para aumentar a actividade física nos locais de trabalho, na comunidade e em postos de saúde podem ser eficazes, demonstrando um potencial para a mudança"*.

Em saúde mental, o exercício físico *"...actua de maneira positiva no estado de espírito, na ansiedade, na depressão e no stress psicológico. Para além disso é capaz de melhorar a função cognitiva"*. (Alssen, Harrison e Vance, 2001) Este tipo de actividade pode ainda ter um impacto positivo no comportamento social e ajudar na adaptação ao internamento. É de ressaltar que determinados indivíduos com alterações psicológicas podem ter uma atitude compulsiva face à actividade física e tal comportamento pode ser prejudicial à saúde, devendo-se fazer uma avaliação da pertinência do exercício a estes indivíduos. *"O exercício físico parece estar estreitamente ligado à saúde mental"*. (Payne, 2003) De acordo com avaliações psicológicas, a sensação de bem-estar provém em parte da realização do exercício, que, se for regular, os participantes apresentarão menos fadiga, tensão, tendência para a agressividade, depressão e insónia.

Estes pressupostos fazem acreditar e de alguma forma comprovar que a actividade artística e a actividade física devem ser sempre usadas como recurso terapêutico em saúde mental.

### **1.1.3. Módulo III**

#### **Estágio do Módulo Opcional - Diagnóstico e Prevenção em pessoas com problemas de adição**

O estágio foi realizado no IDT, PIAC, em Matosinhos. Com uma carga horária de 180 horas no total, que decorreu entre 19 de Abril a 18 de Junho de 2010.

Em termos de caracterização do meio, o PIAC situa-se em Matosinhos. A freguesia de Matosinhos, situa-se no distrito do Porto, no Grande Porto, na região do Norte de Portugal.

O PIAC, Projecto Integrado de Apoio à Comunidade, é um dos projectos instituídos pela Delegação Regional do Norte do IDT, Instituto das Drogas e Toxicoddependência.

Os CRI são estruturas locais de cariz operativo e de administração, referenciados a um território definido e constituídos por equipas técnicas especializadas. Têm a seu cargo a execução de acções direccionadas para a prevenção das toxicoddependências e alcoolismo, assim como, para a prestação de cuidados integrados e globais a doentes toxicoddependentes e dependentes de álcool, seguindo as modalidades terapêuticas mais adequadas a cada situação, em regime de ambulatório, visando o tratamento, redução de danos e reinserção desses doentes.

Contudo existem outras Unidades de Intervenção Local na DRN, existe também uma Unidade de Desabituação do Norte, sediada nas instalações do CRI Porto Central (Cedofeita); uma Comunidade Terapêutica do Norte – Ponte da Pedra, situada na Freguesia de Leça do Balio e Unidade de Alcoologia do Norte, sediada nas instalações do Hospital de Magalhães de Lemos – Porto.

Após esta reestruturação dos serviços e no âmbito de propostas de projectos dentro das Delegações, surgiram em Novembro de 2007 na DRN, dois projectos com competências diferentes, um Projecto Integrado de Atendimento Materno (PIAM) na área de cuidados integrados e globais a mulheres grávidas e puérperas toxicoddependentes e seus filhos e

outro, Projecto Integrado de Apoio à Comunidade (PIAC) na prestação de um serviço de apoio à Comunidade no âmbito da prevenção selectiva e indicada, fornecendo um espaço de Consulta a jovens e adultos em dificuldades, promovendo a sensibilização, a informação e formação de adultos significativos que possam estar em contacto com jovens, em dificuldades ou não, assim como fornecendo um espaço de Consultadoria e Apoio Técnico às instituições.

O PIAC, Projecto Integrado de Apoio à Comunidade, é um serviço criado com o objectivo de prestar apoio à comunidade.

O projecto desenvolvido ao longo deste estágio centrou-se necessariamente nas triagens das situações de risco que foram uma mais-valia para tentar compreender melhor as pessoas que se dirigem ao PIAC para depois serem encaminhadas para uma equipa multidisciplinar. A população-alvo é, maioritariamente, jovens e adolescentes e o trabalho desenvolvido debruça-se sobre problemáticas que estão patentes na sociedade (problemas familiares, toxicodependência etc.), problemas esses que, necessitam de um acompanhamento mais adequado às suas necessidades. O projecto funciona baseado em objectivos gerais, no âmbito da intervenção preventiva. A intervenção preventiva actua transversalmente em três graus de planeamento, sendo classificação atribuída de acordo com o grupo-alvo:

**Prevenção universal:** programas destinados à população geral, supostamente sem quaisquer factores associados ao risco, aplicando-se na comunidade, em ambiente escolar e nos meios de comunicação. Diante do exposto, segundo refere Negreiros, (1998) o intuito do esforço da obtenção de dados deste género e relativos a esta problemática, será o de permitir a estruturação e um melhoramento cada vez maior da adopção de medidas preventivas, capazes de serem adequadas e racionais, baseadas num quadro actualizado e permanente da nossa realidade. Existe um reconhecimento mundial do papel imprescindível que, entre as respostas aos problemas relacionados com os consumos de drogas, tem que actuar a prevenção e, dentro da prevenção, o papel das escolas. Daí que o National Institute of Drug Abuse [NIDA] (1997) referira as intervenções em meio escolar como um dos princípios a considerar nas estratégias preventivas porque “a escola é um meio privilegiado já que permite chegar a diferentes populações e fornece também a identificação e acção em determinadas sub-populações”. A escola é um meio singular, “o quadro ideal da prevenção” (Morel et al.,

2001, p. 249) para a construção dessa capacidade de autonomia pessoal e responsabilidade social na criança/jovem (Sousa, A., & Baptista, M., I., M., 2007);

**Prevenção selectiva:** acções voltadas para populações com um ou mais factores associados ao risco de uso de substâncias, aplicando-se, por exemplo, em grupos de crianças, filhos de dependentes químicos.

Dado que os grupos vulneráveis visados pela prevenção selectiva têm frequentemente uma experiência considerável de drogas legais e ilegais, a maior parte das intervenções de prevenção selectiva restringem-se ao fornecimento de informações adaptadas, aconselhamento individual e alternativas criativas ou desportivas. Há que recordar, contudo, que as técnicas utilizadas nos programas de prevenção universal com uma influência social global são igualmente eficazes, ou mesmo mais, quando utilizadas na prevenção selectiva. A reestruturação normativa (por exemplo, aprender que a maioria dos pares não aprova o consumo de droga), a formação em matéria de assertividade, a motivação e o estabelecimento de objectivos, bem como a correcção de mitos, já provaram ser muito eficazes entre os jovens vulneráveis (Sussman et al., 2004), mas raramente são utilizados em prevenção selectiva na União Europeia. Contudo, as técnicas de intervenção em contextos recreativos assumem prioritariamente a forma de fornecimento de informações direccionadas.

**Prevenção indicada:** intervenções voltadas para pessoas identificadas como usuárias ou com comportamentos de risco relacionados directa ou indirectamente ao uso de substâncias, actuando sobre programas que visem diminuir o consumo de drogas e/ou álcool, mas também a melhoria das condições de vida do indivíduo, como por exemplo, desempenho académico e reinserção social. Por razões óbvias, os destinatários das acções de prevenção têm sido maioritariamente adolescentes e jovens (Nogueira, 2001). Tal acontece por se admitir que a primeira experiência com o tabaco, álcool e drogas ocorrem particularmente durante o período da pré-adolescência e adolescência (Millman & Botvin, 1983; cit. Por Moreira, 2001, p. 92). Assim quanto mais cedo se dá a experimentação, maior será o risco de que os consumos progridam no sentido da adição, visto que aspectos como a identidade e competências de vida estão ainda em desenvolvimento, não possuindo a aquisição de competências necessárias á gestão dessas vivências (Moreira, 2001).

Burkhart, 2000, realça a necessidade de se iniciarem precocemente as intervenções preventivas, dirigindo-as, sobretudo, na primeira infância. Esta posição decorre do reconhecimento de que “nessas idades, é mais fácil influenciar as atitudes e comportamentos dos indivíduos em relação às drogas” (Burkhart, 2000; cit. por Negreiros, 2001, p.278). Deste modo, os esforços preventivos deveriam acompanhar esta tendência para uma experimentação de drogas cada vez mais precoce, “proporcionando às crianças em idade escolar uma educação sobre as drogas” (Negreiros, 2001, p.278). E é através da Prevenção que a sociedade pode esperar que particularmente crianças e adolescentes evitem, reduzam ou retardem o consumo das substâncias psicoactivas, ao reconhecer-se que é na infância e pré-adolescência que a influência de atitudes, comportamentos e valores face a estas é maior, incrementando assim as denominadas competências de recusa e/ou de vida e permitindo uma melhor estruturação biopsicossocial da criança/jovem (Becoña, 2002). O desenvolvimento destas competências sociais “visa tornar as crianças e adolescentes mais capazes de fazerem face às situações da vida e resistirem à pressão dos grupos” (Morel et al., 2001, p.249). De maneira a promover a “expressão, a comunicação e a entajuda, como modo de resolução possível das dificuldades e dos conflitos” (Morel et al., 2001, p.239).

Foi implementado o projecto nomeado de “*Saber dizer não*” direccionado aos jovens consumidores, com objectivo de inculcar valores e competências para a sua vida futura. É importante referir a avaliação que foi realizada ao longo do Estágio, esta fornece um esclarecimento mais abrangente sobre a complexidade das situações.

O lema do PIAC é “*intervir para mudar*” e está direccionado para crianças em idade escolar, jovens e adultos em dificuldade e que necessitem de apoio (especializado e personalizado), através de consultas de diferente tipologia (consulta de crianças/adolescentes, consulta de famílias/outros, de terapia familiar, entre outras).

A promoção da saúde mental encontra-se relacionada com o conceito de saúde mental positiva, considerando-se saúde mental como um recurso e uma necessidade humana básica fulcral para o desempenho social e económico. Assim, as actividades de promoção da saúde mental implicam a criação de condições individuais, sociais e económicas. É um processo que se realiza com e para as pessoas. (OMS, Prevenção dos Transtornos Mentais, 2004)

Este projecto tem como âmbito de acção um programa de prevenção do uso de substâncias, o enfermeiro como agente de mudança pode intervir em diversos grupos que inserem a sociedade.

Contudo no desenrolar deste trabalho focaliza-se a intervenção a nível juvenil, e começa-se com uma pergunta de partida, *Porquê os adolescentes?*

Nos últimos anos, tem vindo a assistir-se a uma tendência expansiva do conceito de juventude, que se estendia até cerca dos 20 anos. Hoje em dia, estende-se para lá dos 30 anos. Por um lado existem os conceitos de emancipação e de independência definidos como critérios para ascender na maturidade, por outro, a tendência dos adultos para se considerarem eternamente jovens.

Os adolescentes enfrentam muitas tarefas desenvolvimentais, o estabelecer um sentido de identidade, desenvolver uma capacidade para estabelecer relações íntimas, a separação da família, desenvolver uma capacidade de funcionar diferencialmente (na escola, nas relações sociais, etc.).

O enfermeiro é um dos pilares fundamentais na construção da personalidade de cada adolescente, que para orientar as suas intervenções irá basear-se num diagnóstico elaborado por si próprio e/ou pela equipa multidisciplinar a que pertence.

O diagnóstico é um procedimento que permite analisar uma dada situação/problema, isto é, compreender a situação bem como as causas que a determinam de forma a interpretar as características gerais da realidade onde se pretende intervir.

Segundo Guerra (2000), *“diagnóstico define-se como o aprofundamento das dinâmicas de mudança, potencialidades e obstáculos numa determinada situação, sendo um processo permanente e sempre participado, pelo que está sempre inacabado (...). É como um instrumento de participação e de conscientização dos actores intervenientes, (...) mas também um instrumento de interacção e comunicação entre actores face à compreensão, interacção e compreensão da realidade e à identificação de necessidades”*. A mesma autora refere ainda que o diagnóstico *“É essencialmente um processo de pesquisa - acção participada e utiliza quer as técnicas tradicionais de pesquisa, quer outras”*.

Posto isto, para a realização de um diagnóstico, não é necessário estudar todas as questões que digam respeito a uma dada situação. É importante estudar a realidade em que vamos actuar e, assim, indicar quais os problemas alvo da nossa intervenção.

Para Santos & Santos (1999), *“o diagnóstico adquire, assim, o seu significado mais pleno quando se faz uma adequada contextualização da situação, não só teórico -*

*conceptual mas também institucional ou de serviço*". Isto significa, que é imprescindível utilizar um referencial teórico para compreender e intervir na realidade social pois se isso não acontecer, corre-se o risco de não organizar adequadamente a problemática.

Num primeiro momento tornou-se fundamental proceder a um revisão bibliográfica cuidada acerca da problemática teórica, de forma a melhor compreender as características deste grupo de crianças, as suas limitações, dificuldades e potencialidades de intervenção. Partir do princípio que todas as pessoas têm condições para participar em processos que visem a mudança, é uma condição indispensável à intervenção. Contrariar processos que remetem estes grupos à exclusão será sem dúvida um dos objectivos fundamentais da intervenção.

Segundo Cordioli, (1998) *“Em qualquer grupo forma-se um campo grupal dinâmico, o qual se comporta como uma estrutura que vai além da soma dos seus componentes, de forma análoga a uma melodia que resulta não da soma das notas musicais, mas sim, da combinação e do arranjo entre elas”*.

#### **- Objectivos Específicos -**

- Realizar uma intervenção precoce em saúde mental de forma a prevenir primariamente futuras situações de consumo e dependência de substâncias em jovens.
- Promover a modificação de comportamentos promotores do consumo e dependência de substâncias.
- Promover a modificação de comportamentos em jovens que consomem substâncias.
- Realizar uma intervenção precoce em saúde mental de forma a prevenir primariamente futuras situações de consumo e dependência de substâncias em jovens.
- Promover a modificação de comportamentos em jovens que consomem substâncias.

#### **- Intervenção -**

As principais actividades desenvolvidas durante este Estágio foram as intervenções direccionadas a grupos de jovens de risco.

A todos eles foram distribuídos questionários de preenchimento obrigatório para que se pudesse inseri-los nos grupos mais apropriados de acordo com as suas características em termos de consumos e vivências pessoais.

A caracterização do grupo foi realizada de acordo com os processos de encaminhamento efectuado pelas várias entidades para o PIAC. O grupo é composto então por 6 elementos presentes em todas as sessões.

Ao longo das sessões realizadas com estes elementos foi-se observando e caracterizando melhor o grupo. Os mesmos apresentavam características bastante diferenciadas, nomeadamente a nível comportamental.

Outro foco de intervenção foi em crianças, de forma precoce e multidisciplinar, realizando actividades programadas e formativas na Escola E.B. 2, 3 da Senhora da Hora, tendo como tema “*Promoção de estilos de vida saudáveis*”. Aplicaram-se questionários com a finalidade de saber o que os jovens adolescentes pensam acerca do tema das Drogas e Toxicod dependência de uma forma simples e rápida. Foram também realizadas outras sessões, nomeadamente “*Eu e os outros*”, na qual foi promovida a interacção com e entre os jovens.

Desenvolveram-se ensinamentos, num grupo de jovens abstinentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos, em acompanhamento psicoterapêutico no PIAC, num total de oito sessões com intuito de alertar e informar acerca de comportamentos de risco e precaução quanto aos malefícios de futuros novos consumos de substâncias psicoactivas.

Outra intervenção teve como população-alvo um grupo de jovens consumidores, em acompanhamento, no PIAC (Projecto Integrado de Apoio á Comunidade), entre os 14 e os 19 anos, sendo um grupo fechado (manter os mesmos jovens ao longo do projecto), com 8 sessões semanais previamente planeadas, através de educação para a saúde relativos a uma promoção da modificação de comportamentos de risco e incentivo à abstinência. Os planos e resumos das sessões encontram-se vinculados em anexo no final.

#### **- Avaliação global das sessões -**

Globalmente, a avaliação feita é extremamente positiva.

Inicialmente, houve dificuldades no arranque do projecto e algumas situações menos positivas mas rapidamente contornáveis, que se depreenderam pelo facto de que os

elementos do grupo não se conheciam entre si e estavam retraídos. Os técnicos impuseram as regras e o respeito, fomentando uma relação de confiança para que tudo corresse como planeado.

Após as primeiras sessões os elementos do grupo já se conheciam, havendo uma boa relação entre o técnico e o jovem, sempre com o distanciamento obrigatório da profissão e pedido pela situação.

Os jovens cooperaram em todas as actividades, sendo que todas foram cumpridas no horário e datas previstas, isto devido ao facto do grupo, apesar de problemático, se caracterizar como educado e consciente da figura do técnico.

A avaliação global foi positiva, tal que os jovens ficaram sensibilizados pelo final das sessões e inclusivé pediram para continuar. Foram recolhidos testemunhos dos jovens, os quais se encontram anexados no final.

## **1.2. Competências Adquiridas**

As competências profissionais, ao serem entendidas como elementos basilares da qualidade prática, resultam naturalmente de uma combinação pertinente entre vários recursos que se identificam por saberes (saber ser, saber estar, saber saber, saber fazer). Deste modo, para satisfazer este requisito torna-se imprescindível que os enfermeiros possuam competências específicas em determinadas áreas, para que sejam visíveis e consideradas indispensáveis.

Neste contexto, verifica-se que na prática, o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria possui competências específicas que, embora funcionalmente semelhantes às outras áreas da enfermagem, são diferentes na sua essência e, apesar de significativas e indispensáveis, raramente são reconhecidas ou valorizadas. A proposta de regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, efectuada pela Ordem dos Enfermeiros, no sentido de as oficializar e definir será um grande contributo para contrariar esta subvalorização.

Segundo o REPE (1996) Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competências científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006), o Enfermeiro Especialista é considerado o Enfermeiro com conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as responsabilidades humanas às situações de vida e aos processos de saúde/doença, traduzido num conjunto de competências, relativas a um campo particular de intervenção, e certificadas pela OE.

Para a Ordem dos Enfermeiros (2004), competência é um fenómeno multidimensional, complexo e é definido como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional. É a capacidade de mobilizar adequadamente os saberes ou conhecimentos previamente adquiridos e pressupõe o agir em situação, mobilizando nessa acção, de uma forma equilibrada e integrada conhecimentos, capacidades, procedimentos e atitudes, o que determina melhor capacidade para pensar, fazer ou apreciar alguma coisa.

No contacto directo nos campos de estágio e em conformidade com os objectivos gerais/específicos propostos pelo curso, foram sentidas mudanças interiores do ser, que levaram à conclusão que realmente foram atingidas competências a vários níveis na actuação.

Refiram-se de seguida as competências adquiridas, durante o estágio, que se consideram serem imprescindíveis para o futuro, como Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria.

✓ Capacidade de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal.

Ser capaz de se reconhecer em plenitude, identificando no momento factores intrínsecos que possam interferir na relação terapêutica com o utente e/ou equipa multidisciplinar utilizando estratégias para minimizar interferências sem, contudo perder a individualidade. Ser capaz de manter a serenidade em situações de índole emotiva e de gestão de stress, utilizando para além do conhecimento um espírito de improviso sem prejuízos.

✓ Capacidade de assistir a pessoa tendo em conta o seu grau de desenvolvimento, contexto cultural, sócio-familiar e circunstâncias de vida que o rodeiam, com vista à optimização da saúde mental.

Ao longo dos estágios, foi efectuada recolha de informação necessária e pertinente para poder compreender o estado de saúde mental dos utentes e avaliar as suas necessidades, de forma a identificar factores predisponentes de perturbação, a capacidade e

compromisso do utente em relação às intervenções terapêuticas e factores impulsionadores do bem-estar mental.

✓ Capacidade de coordenação, planeamento e execução de projectos de promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção do desequilíbrio mental e recaídas, previligiando estratégias de envolvimento da comunidade e de prevenção precoce.

✓ Capacidade de realizar diagnósticos de enfermagem.

Para além de ser capaz de efectuar o levantamento de problemas e necessidades para a determinação do diagnóstico de forma a elaborar um plano de cuidados, feito para e com o utente; sempre com espírito flexível e adaptável às mudanças circunstanciais do processo houve, também, a procura pela identificação de complicações e detecção de situações de risco, assegurando um ambiente seguro para o utente.

✓ Capacidade de prestar cuidados globais ao utente/família/comunidade, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Ser capaz de implementar as intervenções planeadas, sustentando a operacionalização do plano de cuidados numa relação de ajuda com o utente no sentido deste ser capaz de atingir o seu equilíbrio. Desenvolveram-se capacidades de educação, ensino, orientação e coordenação.

✓ Capacidade de escolher uma metodologia adequada que permita o utente ter uma participação proactiva, de discussão livre e aberta e de auto-avaliação em relação ao sentimento vivido, de transmitir conhecimentos e exemplos práticos usando métodos e técnicas adequadas e eficientes.

Este apoio prestado não foi restritivo ao utente mas alargado às famílias e/ou pessoas significativas. Para além de intervir na promoção e prevenção, também foram desenvolvidas capacidades de intervenção no âmbito do tratamento, promovendo à sua adesão, estabelecendo um contrato terapêutico com o utente, envolvendo-o dinamicamente na sua recuperação. Procurando sempre exercer um trabalho multidisciplinar, activando e encaminhando, sempre que necessário, outras estruturas e contando sempre com a colaboração de outros parceiros, fundamentais para o sucesso terapêutico, o que leva ao desenvolvimento da capacidade de trabalho em equipa e consequente gestão de conflitos e espírito de cooperatividade.

- ✓ Capacidade de agir de forma responsável, ética e deontológica.

Ser sempre capaz de planear e agir com toda a seriedade exigida respeitando as decisões do público-alvo e das pessoas envolventes e respeitando a individualidade, não fazendo juízos de valor nem deixar que as convicções pessoais interferissem no processo terapêutico. Salvar a privacidade do utente e assegurar o sigilo profissional.

- ✓ Capacidade de aplicação dos conhecimentos científicos.

Aprofundar e descobrir novos conhecimentos através da pesquisa bibliográfica de forma a ser capaz de seleccionar e enquadrar o conhecimento científico na prática. Realizar uma pesquisa que fosse de encontro aos objectivos traçados, à população-alvo das intervenções e do contexto social e experiencial em que estava inserida.

- ✓ Capacidade de racionalização de recursos

Ser capaz de seleccionar e rentabilizar os recursos materiais disponíveis utilizando-os como facilitadores de uma melhor transmissão e compreensão dos conteúdos, desenvolvendo o espírito criativo e de improviso.

Segundo Irving (1978) torna-se, portanto, necessário que o enfermeiro que trabalhe em psiquiatria, possua um conjunto de atributos especiais, nomeadamente ser um adulto sadio, bastante maduro emocionalmente, capaz de tolerar frustrações e tensões de forma suficientemente afectiva, de modo a manipular os sentimentos resultantes de maneira construtiva, ter suficiente auto-conhecimento e ser bastante flexível.

## CONCLUSÃO

A elaboração deste projecto procura visar e abordar, de uma forma crítica e fundamentada, as competências adquiridas no estágio de ESMP. Pretende-se também reflectir sobre estratégias adoptadas na resolução de cada situação específica de estágio. Há que ressaltar que, no fim de mais uma meta de aprendizagem, nenhum ciclo será encerrado, mas será apenas o início de um longo caminho a percorrer quer em benefício próprio quer em prol dos outros.

Esta fase é encarada como uma valorização pessoal e profissional, de alargamento do conhecimento e de aquisição de capacidades e competências que sem a menor dúvida procurar-se-à basear e utilizar em toda a actividade futura.

A passagem pelo Hospital Magalhães Lemos foi útil para aquisição de competências e conhecimentos, visto ter exigido um *Saber estar* e *Saber agir* específicos para a área de SMP. Para além disso, foi possível entrar em contacto com a realidade subjacente a utentes com demências, perceber as causas da sua condição e as suas motivações e ainda assimilar como aliar da melhor forma competências e saberes e daí tirar o máximo das potencialidades dos cuidados prestados.

O estágio no PIAC permitiu participar ao nível da intervenção universal e selectiva e cooperar no sentido da Promoção da Saúde, consciencializando os jovens, inculcando-lhes uma maior responsabilidade e autocrítica na procura da mudança de mentalidades, atitudes e comportamentos relativamente ao seu passado, presente e futuro como membros da sociedade.

Na globalidade, é possível afirmar que o estágio foi uma ferramenta fulcral, como meio enriquecedor, tanto a nível pessoal como a nível profissional, visto ter possibilitado a aquisição de saberes e experiências relevantes em futuras intervenções na área de SMP. Foi também deveras importante ter estagiado em conjunto com enfermeiros especialistas em SMP e tirar partido do seu traquejo ao nível tanto vivencial como ao nível da actuação em ambiente hospitalar.

Segundo Le Boterf (Abril 2009) a aprendizagem tem sempre um carácter activo, fruto de uma construção pessoal, mas na qual não intervem apenas o sujeito que aprende mas também, “os outros” significativos são peças fundamentais. A aprendizagem ocorre por meio da transformação da experiência, o objectivo é o de provocar alguma mudança na própria eficácia, mudar valores e atitudes, ou ter experiências que sejam aproveitadas no futuro.

Esta experiência de aprendizagem não é considerada uma consequência completa enquanto não tiver tido uma aplicação numa situação de trabalho concreta e na qual se possa avaliar a sua eficácia, e daí a importância da prática e das intervenções aqui trabalhadas.

Alarcão (1996) afirma que, na pedagogia das competências, o processo formativo baseia-se na prática como fonte permanente de conhecimento, na experimentação e na reflexão como instância integradora de competências. A reflexão a partir da acção confere à prática um valor epistemológico que nasce de um diálogo constante da reflexão com a realidade.

Os campos de estágio foram escolhidos de uma forma rigorosa, para que se pudesse vivenciar e actuar a diferentes níveis da Saúde, presenciasse e actuasse nas mais variadas intervenções e que trouxesse ganhos objectivos em termos de crescimento pessoal e profissional.

A especialização vem reafirmar que o enfermeiro tem que ter uma postura reflexiva, tem que ter capacidade de observar, de inovar e capacidade de aprender com o outro (pares com a sua experiência, por exemplo). É um membro de uma equipa que pretende melhorar cada vez mais as suas capacidades e campos de intervenção, de construir e trabalhar, de forma autónoma as suas competências e a sua identidade profissional.

Pode afirmar-se que hoje seremos mais capazes de observar com mais pormenor, reflectir, planear e executar acções e actividades de forma a suprir lacunas e trabalhar com cada utente para que alcance da forma mais apropriada e mais possível o seu equilíbrio orgânico, psicológico e social, procurando atingir o bem-estar, contribuindo assim para a Saúde Mental da nossa sociedade.

## BIBLIOGRAFIA

**ANDRADE, R.L.P; PEDRÃO, L.J.** - *Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica.* *Revista Latino-Americana de enfermagem.* Volume 13, nº 5, pps.737-742, Setembro/Outubro, 2005. Disponível na internet em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692005000500019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692005000500019&script=sci_arttext)

**AZEVEDO, Carlos; AZEVEDO, Ana.** - *Metodologia Científica: Contributos Práticos para a elaboração de Trabalhos Académicos*, 8ª Edição. Porto: C. Azevedo, 2006.

**BARBIER, J.** - *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação.* Porto. Porto Editora, 1993.

**BARBOSA, Laura.** - *O projeto de trabalho: Uma forma de atuação psicopedagógica.* Curitiba, 2003.

**BARRETO, J.** - *Avaliação da qualidade de vida em saúde mental: desafios e ambiguidades.* pps. 150-153. In: *IX congresso de Psiquiatria de São João de Deus, para uma assistência integrada - inclusão e diversidade.* IIHSCJ/ISJD, Clío – Artes Gráficas, Lisboa, 2006.

**BATESON, G.** - *Mind and nature.* Nova Iorque: E. P. Dutton, 1979.

**BRITO, M.; ESTEVES, M.** - *Consumos que nos consomem.* Editora Ambar: Porto, 2001.

**BUENO, H. A.; CORDOBA, J. A.; ESCOLAR, P. A.; CARMONA, C. A.; RODRIGUEZ, G. C. et al.** - *El abandono terapéutico.* *Actas Spain Psiquiatria*, v. 29, nº. 1, pps. 33-40, 2001.

**CARVALHAL, R.** - *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspectivas dos actores.* Loures: Lusociência, 2003.

**CARVALHO, A; DIOGO, F.** – *Projecto Educativo.* 3ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 1999.

**CARVALHO, J. N. N.** - *Prevenção do abuso do álcool e drogas nos jovens.* Instituto Nacional de Investigação Científica: Porto, 1991.

**CEITLIN, L. H. F.; CORDIOLI, A. V.** - *O início da psicoterapia.* In: CORDIOLLI, A. V. (Org.). *Psicoterapias: abordagens atuais.* Porto Alegre: Artes Médicas, pps. 99-108, 1998.

**CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS** - *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP): versão Beta 2.* 3ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005.

**COSTA, Jurandir Freire** - *História da Psiquiatria no Brasil.* Rio de Janeiro: Documentário. Cruz Monclova, Lidio, 1976.

**COSTA, N.** – *Notas de campo da disciplina de avaliação do mestrado em supervisão.* Aveiro: Universidade de Aveiro. Departamento de Didática e Tecnologia Educativas, 2002.

**CRUZ, L.; BARRETO, S.** - *A importância do lazer na inclusão da pessoa portadora de deficiência mental na sociedade.* *Revista Leonardo Pós.* Volume 1, nº 2, 2003. Disponível em <http://www.icpg.com.br/artigos/rev02-01.pdf>

**DUBAR, C.** – *Formação, trabalho e identidades profissionais.* In CANÁRIO, R., org. – *Formação e situações de trabalho.* Porto: Porto Editora, 1997.

**ENFERMEIROS, Conselho Internacional de Enfermagem; CIPE** – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem,* Versão 1.0, 2006.

**ENFERMEIROS, Conselho Internacional de Enfermagem; CIPE** – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, Versão Beta, 2000.

**FIORINI, H.J.** – *Teoria e técnica de psicoterapias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

**FISHMAN, H.C.** - *Tratando adolescentes com problemas - uma abordagem da terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

**FOLSTEIN M.F.; FOLSTEIN S.E.; MCHUGH P.R.** - *Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatric Res*, 1975.

**FONSECA, A.F.** - *Psiquiatria e Psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Goulbenkian, 1985.

**HUDAK, Carolyn; GALLO, Barbara.** - *Cuidados Intensivos de Enfermagem: Uma Abordagem Holística*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. Sexta Edição, 1997.

**IRVING, Susan, et al.** - *Enfermagem Psiquiátrica Básica*, 2ª edição. Editora Interamericana, 1978.

**JESUS, E.** - *Entrevista ao Enf. Élvio Jesus*. Revista do Diário de Notícias da Madeira. 25 Set, 2005. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>

**LEMGRUBER, V. B.** - *Psicoterapia breve a técnica focal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

**LHULLIER, A. C.** - *Abandono de tratamento em psicoterapias realizadas numa clínica-escola*, p.183, 2002. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, 2002.

**LIBERMANN, Z.** - *O paciente de difícil acesso em tratamento de orientação analítica.* *Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul*, v. 16, nº 2, pps. 103-106, 1994.

**MALUF, A.C.M.** - *Atividades lúdicas como estratégias de ensino e aprendizagem*, 21 de Junho, 2006. Disponível na internet: <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos>

**MEIRELES, A.** - *Área de Integração.* Areal Editores, p. 73, 2007.

**NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE** – *Preventing Drug Use among Children and Adolescents – A Research-Based Guide*, 1997 Consultado em: <http://www.nida.nih.gov/>.

**NEGREIROS, J.** – *Prevenção do abuso de álcool e drogas nos jovens*, 2ª ed. Porto: Radicário, 1998.

**NEVES, I.** – *A formação Prática e a Supervisão da Formação.* Saber (e) Educar, 2007.

**NOMAN, E.; TURNER, S.** - “*Adolescent substance, abuse e prevention programs: theories, models and research in enconraging 80’s.* *The journal of primary prevention.* Volume 1, 1993.

**OMS** - *Prevenção dos Transtornos Mentais.* Genebra, 2004.

**ORDEM DOS ENFERMEIROS** – *Certificação individual de competência.* *Revista Ordem dos Enfermeiros.* nº 14. Lisboa. Outubro, 2004.

**ORDEM DOS ENFERMEIROS** – *Desenvolvimento Profissional. Individualização das Especialidades em Enfermagem. Fundamentos e Proposta de Sistema.* Assembleia Geral de 17 de Março de 2007. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=8#document91>

**ORDEM DOS ENFERMEIROS** – *Matriz para a Análise dos Planos de Estudo dos CPLEE.* 21 de Outubro, 2008. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE** - *Relatório sobre a Saúde no Mundo*. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança, pps. 60-65, 2001

**PORTUGAL, Ministério da Saúde** - *ESTATUTO da Ordem dos Enfermeiros*: Anexo ao Decreto-Lei n° 104/98 de 21 de Abril, 1998.

**QUINN, F. M.** – *The principles and practice of nurse education*. 2<sup>nd</sup> ed. London: Chapman and Hall, 1998.

**REPE** (DL n° 104/98 de 21 de Abril). Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

**RODRIGUES, M. A.** - *Das fontes de informação ao discurso científico*. Referência. n° 0, pps. 41-48, 1998

**RUZAFÁ, J. C.; MORENO, J.D.** – *Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel*, in *Revista Española de Salud Pública*, n° 2 – Março – Abril, 1997.

**SAMSTAG, L. W.; BATCHELDER, ST. J.; MURAN, C.; SAFRAN, J. D.; WINSTON, A.** - *Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy*. *Journal Psychotherapy Practice Research*, vol. 7, n° 7, pps. 126-143, 1998.

**SCHERER, Zeyne Alves Pires; SCHERER, Edson Arthur** – *O doente mental crónico internado: uma revisão na literatura*. *Revista Latino-Americana de enfermagem* [Em linha]. Vol. 9, n°4, pps.56-61, Julho, 2001. [consult. Novembro de 2010]. Disponível na internet em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11484.pdf>

**SEQUEIRA, C.** - *Introdução à Prática Clínica*. Quarteto, 2006.

**SERRA A., V.** – *O stress na vida de todos os dias*. Gráfica de Coimbra – Coimbra, 1999.

**SIMÕES, ALARCÃO e COSTA** - *Supervisão em Ensino Clínico em Enfermagem*, 2006.

**SIMÕES, João F. F.** – *A mão nos cuidados de Enfermagem*. Nursing. Lisboa. Ano 2, nº 122, pps. 23-26, 1998.

**SUSSMAN, S.; EARLEYWINE, M.; WILLS, T., et al.** - *The motivation, skills and decision-making model of “drug abuse” prevention*, *Substance Use and Misuse* 39, pps. 1971–2016, 2004.

**TAYLOR, C.** - *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*. Artes Médicas, Porto Alegre, 1992.

**URIBE, Vasco A.V.; CASTELL; ALBERDI A.** - *Incidencia de los Factores Sociales en la Salud y la Enfermedad Mental*. *Revista de Enfermería ROL*, (191,192): pps.65-68, 1994.

**VALLE, E. A.; VIEGAS, E. C.; CASTRO, C. A. C.; TOLEDO JR.** - *A adesão ao tratamento*. *Revista Brasileira Clínica*, v. 26, nº 3, pps. 83-86, 2000.

## **ANEXOS**



**ANEXO I – ARQUITECTURA DO PROJECTO**

## ARQUITECTURA DO PROJECTO

A realização de um projecto permite desenhar um percurso com fio condutor, possibilitando a todo o momento uma visualização objectiva dos seus contornos, facilitar o planeamento e execução das actividades propostas, ao longo do desenrolar dos módulos de estágio.

Um “*projecto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma “ideia”, é o futuro a “fazer”, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em acto.*” (Barbier, J. 1993)

### - Objectivos Gerais -

Os objectivos gerais delineados para este estágio foram:

- Demonstrar conhecimentos e capacidade de compreensão, adaptação e resolução de adversidades em SMP;
- Contribuir de modo activo para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem de SMP, nos respectivos módulos de estágio;
- Promover a sensibilização, o apoio e a orientação na área de SMP;
- Desenvolver competências ao longo do estágio (as quais serão aprofundadas posteriormente no relatório).

### - Contextualização –

No domínio da SMP, “*o indivíduo com perturbação mental deve ser observado de forma holística, numa perspectiva biopsicossocial, como um ser*

*único, tendo em conta o contexto social em que está inserido, assim como a fase da vida em que se encontra, e seu contexto familiar e social. Neste sentido, a SMP tem de ser vista como um equilíbrio dinâmico que resulta da interacção do indivíduo com os seus ecossistemas. O seu meio interno e externo, as suas características pessoais e os seus antecedentes pessoais e familiares”.* (Fonseca, 1985)

Este projecto não teve um carácter rígido ou definitivo, mas sim flexível e susceptível a alterações, tendo sempre em vista um melhor aproveitamento e rentabilização do processo de enfermagem.

É parte inclusa do projecto a definição de objectivos específicos e actividades/estratégias a desenvolver que reportarei no capítulo seguinte, ao apresentar cada módulo de estágio individualmente.

**ANEXO II – PROYECTO**



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

Instituto de Ciências da Saúde

PROJECTO DE ESTÁGIO

**Universidade Católica Portuguesa | Porto**

**Instituto de Ciências da Saúde**

Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização de Saúde Mental e  
Psiquiatria

**PROJECTO DE ESTÁGIO**

Henrique Paulo Marques Guilherme

**Projecto realizado por:**

Henrique Paulo Marques Guilherme

(361609093)

**Sob orientação de Professora Manuela Magalhães**

Porto, Março de 2010

Porto, Março de 2010



## LISTA DE SIGLAS

CRI- Centro de Resposta Integrado
DRN- Delegação Regional do Norte
ET- Equipa de Tratamento
ESMP- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
IDT- Instituto da Droga e da Toxicodependência
PIAC- Projecto Integrado de Apoio à Comunidade
HML- Hospital Magalhães Lemos
SMP- Saúde Mental e Psiquiatria

## ÍNDICE

1 - Nota introdutória .....	3
2 - Desenvolvimento .....	4
2.1 - Fundamentação / Justificação .....	4
2.2 – Objectivos Gerais.....	6
2.3 – Objectivos Específicos.....	7
3 – Nota Final.....	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	11



## 1 - NOTA INTRODUTÓRIA

A frequência do curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, no âmbito do estágio de Saúde Mental e Psiquiatria levou-me à elaboração do presente projecto.

Foi o desejo de aumentar o meu saber que despertou em mim a vontade de aprender mais para melhor ajudar os outros. O nosso agir ético centra-se no cuidado aos outros e no que respeita à sua dignidade. Começar de novo é esta a realidade que me move, o empenho e a dedicação ao serviço dos outros.

O enfermeiro, profissional do cuidar humano, assume um papel crucial pelo respeito, pela defesa e pela promoção dos direitos das pessoas de quem cuida.

Um «projecto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma “idéia”, é o futuro a “fazer”, um amanhã a

concretizar, um possível a transformar em real, uma idéia a transformar em acto»<sup>1</sup>.

Sinto que é um dever para comigo e para com a sociedade na qual estou inserido, como profissional de saúde, saber não apenas por saber, mas saber cada vez mais, para melhorar, isto é, tentar melhorar a vida de todos os que me rodeiam. Não é fácil, na conjuntura actual lutar contra os desafios propostos pela sociedade, se não procurarmos aprofundar os nossos conhecimentos. Por isso aqui estou com este projecto em mão para pôr em prática não só aquilo que já aprendi, mas com a obrigação de aplicá-lo e transmiti-lo de uma forma clara e explícita de forma a que todos tiremos o máximo proveito.

Costuma-se dizer que parar é morrer. Aprender com os outros é a melhor forma de crescer na vida. A solidariedade é fruto da partilha, não só no dar mas também no descobrir, no inovar, no desenvolver, no raciocinar, no fazer pelos outros tudo o que for possível para que o conforto saudável não seja apenas uma mera ilusão. Não se deve ser passageiro sem rasto neste mundo de selva mas sim passageiro que prova que vale a pena pertencer a esta sociedade.

---

<sup>1</sup> (BARBIER, J.-Elaboração de Projectos de Acção e Planificação. Porto. Porto Editora, 1993. ISBN: 972-0-34106-8)



## 2 - DESENVOLVIMENTO

A elaboração do projecto de estágio tem como objectivos fundamentais:

- Adquirir e aprofundar competências na elaboração de um projecto;
- Definir objectivos que nos propomos atingir durante o estágio;
- Elaborar a planificação das actividades a desenvolver, servindo como guia orientador para o estágio.

Com este trabalho procuro descrever de forma sucinta e clara o planeamento das várias etapas do estágio que servirá como instrumento de orientação e avaliação, fomentando a auto-reflexão e incrementando o meu processo de aprendizagem, no sentido de adquirir competências no âmbito da ESMP.

Este estágio é composto por três módulos.

Na sequência da creditação atribuída ao Módulo I – Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e Prevenção, devido ao facto de exercer funções desde 18-12-2005 na área da Saúde Mental e

Psiquiatria, no IDT, mais propriamente como responsável da equipa de Enfermagem da E.T. de Gondomar do CRI-Porto Oriental; realizarei apenas estágio referente ao Módulo II (num total de 180 horas de 19 de Abril a 18 de Junho de 2010) – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do Adulto, no Hospital Magalhães Lemos, no serviço de Observações e ao Módulo Opcional (também de 180 horas de 06 de Outubro a 27 de Novembro de 2010) no IDT, Projecto Integrado de Ajuda Comunitária (PIAC).

### 2.1 - Fundamentação / Justificação

No domínio da SMP, o indivíduo com perturbação mental deve ser observado de forma holística, numa perspectiva biopsicossocial, como um ser único, tendo em conta o contexto social em que está inserido, assim como a fase da vida em que se encontra, e seu contexto familiar e social. Neste sentido, a SMP tem de ser vista como um equilíbrio dinâmico que resulta da interacção do indivíduo com os seus ecossistemas. O seu meio interno e externo, as suas características pessoais e os seus antecedentes pessoais e familiares.<sup>2</sup>

O Módulo II visa o desenvolvimento de competências em unidades de intervenção no adulto, assim sendo, este será realizado no serviço de Observação, no Hospital Magalhães Lemos.

---

<sup>2</sup> (Fonseca, 1985).



A intervenção, no utente agudo, é de extrema importância pois uma abordagem integrada e adequada às necessidades de cuidados, no contexto de internamento, influencia positivamente a sua reabilitação e readaptação no contexto social em que se insere. Na minha opinião, foco de atenção de enfermagem, nesta área de intervenção, será a minimização das repercussões da doença mental na sua vivência diária, a promoção do bem-estar, a aceitação do estado de saúde e a promoção de mecanismos de adaptação para a prevenção de recidivas, adesão e gestão do regime terapêutico e o envolvimento da família neste processo, bem como a articulação com os recursos da comunidade para promover a readaptação no contexto social.

Para que estes focos de atenção sejam trabalhados e a intervenção eficaz, é fulcral a relação terapêutica com o utente. Assim, a relação terapêutica, promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem, caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde. Várias são as circunstâncias em

que a parceria deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas do cliente individual.<sup>3</sup>

Por outro lado, a intervenção de enfermagem é otimizada se toda a família for tomada como alvo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.<sup>4</sup>

Relativamente, ao Módulo Opcional este será realizado num projecto promovido pelo IDT, especificamente o PIAC da DRN do IDT.

O lema deste projecto é “intervir para mudar” e está direccionado para crianças em idade escolar, jovens e adultos em dificuldade e que necessitem de apoio (especializado e personalizado), através de consultas de diferente tipologia (consulta de crianças/adolescentes, consulta de famílias/outros, de terapia familiar, entre outras).

Este módulo está vocacionado para o diagnóstico e prevenção na SMP.

---

<sup>3</sup> (*Ordem dos Enfermeiros, Matriz para análise dos Cursos de CPLEE, 2008*).

<sup>4</sup> *Ibidem* (citação 3).



A promoção da saúde mental encontra-se relacionada com o conceito de saúde mental positiva, considerando-se saúde mental como um recurso e uma necessidade humana básica fulcral para o desempenho social e económico. Assim, as actividades de promoção da saúde mental implicam a criação de condições individuais, sociais e económicas. É um processo que se realiza com e para as pessoas.<sup>5</sup>

Este projecto tem como âmbito de acção um programa de prevenção do uso de substâncias.

## 2.2 – Objectivos Gerais

Os objectivos gerais deste estágio são:

- Demonstrar conhecimentos e capacidade de compreensão e resolução;
- Contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem de SMP, nas respectivas unidades de estágio;
- Promover a sensibilização, o apoio e a orientação de temáticas na área de SMP, ao utente.

---

<sup>5</sup> (OMS, *Prevenção dos Transtornos Mentais*, 2004).

Desenvolvimento de algumas competências ao longo do estágio:

- Desenvolver competências específicas de observação, entrevista e diagnóstico de situações na área da saúde mental;
- Desenvolver a capacidade de auto-conhecimento, enquanto pessoa e profissional;
- Desenvolver a capacidade de auto-reflexão e auto-análise;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional;
- Demonstrar iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas;
- Demonstrar capacidade de trabalho, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;



## 2.3 – Objectivos Específicos

### Módulo II

#### OBJECTIVO 1

**DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NO PLANEAMENTO, EXECUÇÃO E TREINO DE INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS E NA RELAÇÃO DE AJUDA**

#### ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS

1. Assistência, planeamento e execução de intervenções psicoterapêuticas individualmente e em grupo
2. Assistência, planeamento e execução de sessões de relação de ajuda
3. Pesquisa bibliográfica

#### OBJECTIVO 2

**ENVOLVER A FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDADOS**

#### ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS

1. Planeamento de sessões com o utente e família adequando às suas necessidades de cuidados e ao seu processo de enfermagem
2. Promoção do envolvimento da família na prestação de cuidados e a adaptação da família às necessidades de cuidados do utente

#### OBJECTIVO 3

**CONHECER A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA COMUNIDADE**

#### ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS

1. Conhecimento dos recursos na comunidade, nomeadamente o gabinete de consulta de enfermagem.

Deste modo, as competências a atingir neste módulo são no âmbito do planeamento e execução de intervenções psicoterapêuticas e sessões de relação de ajuda tendo como foco o indivíduo e a família. Por outro lado, este campo de estágio permite ainda conhecer os recursos na comunidade, nomeadamente a consulta de Enfermagem.



### **Módulo III**

#### **OBJECTIVO 1**

**PROMOVER ESTILOS DE VIDA SAUVAEIS EM GRUPOS DE JOVENS**

#### **ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS**

1. Assistência, planeamento e realização de sessões de educação para a saúde junto do grupo alvo.
2. Sensibilização do grupo alvo para a modificação de comportamentos promotores do consumo e da dependência de substâncias.
3. Reforço no grupo dos factores protectores do consumo e da dependência de álcool e das drogas.
4. Promoção do envolvimento da família como encarregados de educação, tomando conhecimento dos temas abordados e do desenvolvimento das sessões.

#### **OBJECTIVO 2**

**PROMOVER A MODIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTOS PROMOTORES DO CONSUMO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS**

#### **ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS**

1. Assistência e intervenção como observador participante em consultas de psicoterapia individual em jovens em situação de risco de consumo.
2. Promoção do envolvimento da família

#### **OBJECTIVO 3**

**PROMOVER A MODIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTOS EM JOVENS QUE CONSOMEM SUBSTÂNCIAS**



#### **ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS**

1. Assistência e intervenção como observador participante em consultas de psicoterapia individual a jovens que consomem substâncias.
2. Promoção do envolvimento da família.

Assim, neste módulo pretendo desenvolver competências na intervenção psicoeducativa de prevenção do uso de substâncias, na modificação de comportamentos e intervenção ao nível do sujeito bem como da família. Serão considerados os indicadores de avaliação, o resultado das intervenções implementadas e o nível de adesão da população alvo que se encontra preconizado pelo PIAC.

#### **OBJECTIVO 4**

**REALIZAR UMA INTERVENÇÃO PRECOCE EM SAÚDE MENTAL DE FORMA A PREVENIR PRIMARIAMENTE FUTURAS SITUAÇÕES DE CONSUMO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS EM JOVENS**

#### **ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS**

1. Assistência e intervenção como observador participante em consultas de psicoterapia individual em crianças que necessitam de uma intervenção precoce multidisciplinar.
2. Promoção do envolvimento da família.  
Intervenção na família de forma a modificar os comportamentos disfuncionais identificados.



### 3 – NOTA FINAL

A elaboração deste trabalho teve como principal propósito, a exposição do modo como o nosso estágio se desenrolará bem como a delineação dos principais objectivos a atingir com o mesmo.

Este projecto não pretende ter um carácter rígido ou definitivo, mas sim flexível e susceptível a alterações, tendo sempre em vista um melhor aproveitamento e rentabilização do processo de enfermagem.

A realização deste estágio irá contribuir para as minhas necessidades profissionais, adquirindo competências a nível de enfermeiro especialista. A troca de informação é uma mais-valia para a profissão de enfermagem bem como para cada um de nós em particular. Com esta partilha cresceremos não só como profissionais, mas também como Seres Humanos.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **AZEVEDO**, Carlos M, Ana G. - Metodologia Científica: Contributos Práticos para a elaboração de Trabalhos Académicos, 8ª Edição. Porto: C. Azevedo, 2006.
- **BARBIER, J.** – Elaboração de Projectos de Acção e Planificação. Porto. Porto Editora, 1993. ISBN: 972-0-34106-8
- **CARVALHO, A; DIOGO, F.** – *Projecto Educativo*. 3ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 1999.
- **OMS-** *Prevenção dos Transtornos Mentais*. Genebra, 2004. Disponível em <http://www.who.int>
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS** – *Desenvolvimento Profissional. Individualização das Especialidades em Enfermagem. Fundamentos e Proposta de Sistema*. Assembleia Geral de 17 de Março de 2007. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=8#document9>
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS** – *Matriz para a Análise dos Planos de Estudo dos CPLEE.21* de Outubro de 2008. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- **REPE** (DL nº 104/98 de 21 de Abril). Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

**ANEXO III - CREDITAÇÃO AO MÓDULO I**

## **CREDITAÇÃO AO MÓDULO I – PROMOÇÃO DE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO**

**Módulo I** – Creditado devido ao facto de exercer funções de Enfermeiro, desde 18-12-2005 na área da Saúde Mental e Psiquiatria, no IDT, como responsável da equipa de Enfermagem da ET de Gondomar do CRI-Porto Oriental.

O local de exercício profissional, das funções de Enfermeiro, ET de Gondomar, faz parte integrante do CRI – Porto Oriental, do IDT.

A Lei Orgânica do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP Decreto-Lei nº 221/2007, de 29 de Maio, estabelece-lhe como Missão: Promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências.

O IDT, IP é um Instituto Público integrado na administração indirecta do Estado, dotado de autonomia administrativa e património próprio. Prossegue atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respectivo Ministério.

A qualidade em prevenção começa por um bom planeamento e pela procura do maior rigor possível na contratualização de objectivos. Estes deverão explicitar os resultados que se deseja atingir, assim como as respectivas monitorização e avaliação. Procura-se orientar as actividades de prevenção no sentido de promover o seu ajustamento a uma abordagem mais abrangente e contextual do meio onde se insere o indivíduo. Esta premissa implica que as intervenções sejam baseadas em diagnósticos mais finos e as intervenções sejam cada vez mais selectivas.

O Núcleo de Prevenção tem centrado o seu trabalho em duas vertentes complementares: 1) Aumentar a qualidade da intervenção através de estratégias

adequadas, maioritariamente de prevenção selectiva e indicada, com monitorização e avaliação dos resultados das intervenções.

2) Contribuir para uma intervenção integrada do IDT, investindo na procura de respostas adaptadas aos problemas e às necessidades, partilhando recursos de forma articulada, internamente e com a sociedade civil.

Do mesmo modo, o Núcleo de Prevenção investe na qualidade no âmbito do Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI), um Plano Nacional de intervenção em territórios prioritários que procura dar respostas articuladas e abrangentes às necessidades diagnosticadas em todas as áreas de missão do IDT (prevenção, dissuasão, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção). Estão em campo cerca de 40 projectos geridos pelas Delegações Regionais e pelos Centros de Respostas Integradas (CRI) desenvolvidos por entidades com quem o IDT contratualiza intervenções articuladas.

Os Centros de Respostas Integradas são estruturas locais de cariz operativo e de administração, referenciados a um território definido e dispendo de equipas técnicas especializadas multidisciplinares para as diversas áreas de missão dedicadas ao tratamento, prevenção, reinserção e redução de riscos e minimização de danos das toxicodependências e alcoolismo.

A Unidade de Alcoologia do Norte (UA), é outra das unidades de intervenção local dependentes do IDT, à qual compete prestar cuidados integrados e globais, em regime ambulatorio ou de internamento, sob responsabilidade médica, a doentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool, seguindo as modalidades de tratamento mais adequadas a cada situação e apoiando as

actividades de intervenção dos CRI na área da alcoologia, enquanto unidades especializadas, de referência, com competências de formação específica.

Na Delegação Regional do Norte existem sete CRI's, e o CRI do Porto Oriental inclui, entre outras, a equipa técnica de Gondomar, da qual faço parte.

O exercício profissional da enfermagem, na área das toxicodependências, traduz-se pela relação interpessoal entre o enfermeiro e o utente e/ou entre o enfermeiro e a família ou comunidades. A prestação de cuidados de qualidade pressupõe cuidados diferenciados e individualizados.

A ET de Gondomar abrange uma população, maioritariamente de jovens adolescentes e adultos, tanto do sexo masculino como feminino, incluindo toxicodependentes, alcoólicos e doentes psiquiátricos. O âmbito de actuação situa-se a nível de prevenção primária, fazendo parte da equipa de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD), secundária e tratamento.

No contexto específico da toxicodependência, reduzir os riscos está habitualmente relacionado a *“uma filosofia de acção educativa e sanitária sem juízo de valor prévio sobre uma determinada conduta”*. (Baulenas, p.7-8)

Considera-se assim que, sendo o objectivo da redução de riscos *“diminuir a prevalência e a incidência quer do consumo de drogas quer das doenças e prejuízos relacionados com o mesmo, a sua acção é, fundamentalmente, pragmática e multidisciplinar”*. (Presidência de Conselho de Ministros: 2001, p.60)

Torna-se fundamental perceber o indivíduo como agente responsável pelas suas opções e influenciado pelo ambiente que o envolve quando falamos em Programas de Redução de Danos; há que envolvê-lo mais e mais, pouco a pouco,

encaminhando-o a níveis mais elevados de auto-cuidado e responsabilização em direcção a hábitos de vida saudáveis.

O principal objectivo na Prevenção é, sem dúvida, evitar o início do consumo de qualquer substância psicoactiva, com especial incidência nos jovens. Os estudos têm mostrado que os consumos de substâncias psicoactivas bem como outros comportamentos de risco, se iniciam em idades cada vez mais precoces. Torna-se, então uma prioridade retardar a idade de início e incidir a intervenção nos mais jovens, fornecendo informação e competências para cessar os consumos, intervenções que fazem parte da contribuição desta rede de estruturas do IDT, para a diminuição da frequência e/ou a intensidade dos consumos e prevenção de comportamentos de risco associados. Estas intervenções devem ser utilizadas por equipas bem preparadas numa abordagem que necessariamente deverá incluir os profissionais do meio e prever a articulação com instâncias de aconselhamento ou tratamento.

O tratamento constitui um dos pilares fundamentais da acção estratégica do IDT, IP., na diminuição dos riscos e das consequências dos consumos de substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas.

Outro dos objectivos é o da dissuasão, de forma a prevenir e reduzir o uso e abuso de drogas, identificar situações de consumos ocasionais que careçam de apoio especializado, promover a saúde em geral e combater a exclusão social através de um trabalho em rede e multidisciplinar.

A Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro veio descriminalizar o consumo e posse para consumo de drogas passando a ser tipificado como um acto ilícito contra-ordenacional, fazendo com que, o consumidor/toxicodependente passe a ser

encarado mais como um doente que importa tratar, apesar de continuar a ser responsabilizado por ter um comportamento ilícito e punível.

#### **- Objectivos Específicos –**

- Prevenir o início do consumo de substâncias psicoactivas;
- Prevenir a continuação do uso e do abuso;
- Prevenir a passagem do uso ao uso nocivo ou abuso e à dependência;
- Dissuadir à prevenção e redução do uso e abuso de drogas;
- Identificar situações de consumos ocasionais que careçam de apoio especializado;
- Promover a saúde em geral;
- Combater a exclusão social, através de um trabalho em rede;
- Acompanhar o indivíduo contextualizando o ambiente em que está inserido;
- Intervir na promoção de hábitos de vida saudáveis;
- Promover o tratamento global e acompanhado.

#### **- Intervenção -**

A dinâmica do serviço, como Enfermeiro Responsável, engloba a gestão de recursos humanos e materiais, o planeamento, organização e calendarização de serviços de toda a equipa de enfermagem; formação e integração de novos elementos. Para além das funções de Enfermeiro no cuidado estreito com o utente/família/comunidade na vertente de Promoção, Prevenção e Tratamento.

O exercício destas funções tornou-se um desafio, que permitiu o crescimento como individuo e adquirir/desenvolver competências de gestão, liderança e de relação. Para além de que, foi necessário constituir uma equipa nova, integrar novos elementos, sendo responsável pela sua formação.

No momento de admissão do utente, realiza-se consulta de enfermagem que tem como objectivos, para além da promoção da construção de uma relação de ajuda e de confiança com o utente, o levantar de necessidades e despiste de problemas, no sentido de programar as intervenções, de forma a serem tendencialmente mais efectivas.

As consultas de enfermagem de seguimento permitem avaliar as intervenções e alterá-las, sempre que necessário, ajustando-as à contextualização dinâmica que envolve o utente.

Um dos instrumentos de intervenção utilizado referencia-se no programa Klotho - Programa de aconselhamento precoce, detecção e referenciação, de DST. Procedendo-se ao respectivo encaminhamento, no caso de ser necessário, para o Hospital Joaquim Urbano ou Hospital Geral de St.º António. O aconselhamento precoce passa pela Educação para a saúde acerca de DST com o objectivo da Promoção da Saúde e de Estilos de Vida Saudáveis e Prevenção da doença.

Como intervenção na área de tratamento e prevenção de recaídas faz parte das actividades do serviço o programa de substituição de Metadona, programa de Naltrexona e Buprenorfina. A administração do fármaco é um momento privilegiado para o acompanhamento, levantamento de necessidades, delineação de estratégias para intervir no indivíduo/família e subjacente realização de ensinamentos. É efectuado o controlo da evolução do tratamento do utente, periodicamente,

através da realização de testes de despiste de consumo de drogas, que permite verificar o cumprimento do programa. De salientar que, a entrada neste tipo de programas pressupõe a assinatura de um contrato terapêutico, o que reporta para a imprescindível responsabilização do utente no seu tratamento.

A par, realiza-se a consulta de enfermagem de apoio às famílias.

Diariamente procura-se cuidar de cada indivíduo como um ser único e indissociável do meio que o envolve e procura-se alertar e sensibilizar para os benefícios que este obtém ao adoptar estilos de vida saudáveis, que deverão ter como principal objectivo uma existência livre de dependências ou quando não é possível uma redução de riscos e uma minimização de danos.

**ANEXO IV - ESTUDO DE CASO**

ESTUDO DE CASO



ABREVIATURAS/SIGLAS

**EC** - Ensino Clínico

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**HML** – Hospital Magalhães Lemos

**S.I.I** – Serviço de Intervenção Intensiva

**TA** – Tensão Arterial

**FC** – Frequência cardíaca

**Bpm** – batimentos por minuto

**mmHg** – milímetros de mercúrio

Estudo de Caso realizado por:

Henrique Guilherme

**ÍNDICE**

<i>INTRODUÇÃO</i> .....	3	4.2 DATA E MOTIVO DA ADMISSÃO: .....	11
<i>1. ABORDAGEM TEÓRICA</i> .....	4	4.3 ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES: .....	11
1.1 ETIOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA .....	4	4.4 APRECIÇÃO FÍSICA .....	11
1.2 NEUROBIOLOGIA .....	4	4.5 APRECIÇÃO PSICOLÓGICA.....	12
1.3 CARACTERIZAÇÃO/SINTOMAS .....	5	4.6 OUTROS .....	12
1.4 TIPOS DO TRANSTORNO BIPOLAR: .....	6	4.7 HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL .....	12
1.5 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO:.....	7	4.8 INTERNAMENTO ACTUAL.....	12
<i>2. PROCESSO DE ENFERMAGEM</i> .....	8	<i>5. PLANO DE CUIDADOS</i> .....	14
2.2 O MODELO DE SETE EIXOS .....	9	<i>6. FOLHAS DE FARMACOLOGIA</i> .....	16
2.3 COLHEITA DE DADOS .....	9	<i>CONCLUSÃO</i> .....	18
2.4 CONSTRUÇÃO DE DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM.....	9	<i>BIBLIOGRAFIA</i> .....	18
2.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS: .....	10		
<i>3. IMPLICAÇÕES ÉTICAS</i> .....	10		
<i>4. CASO CLÍNICO</i> .....	10		
4.1 HISTÓRIA BIOPSISSOCIAL .....	10		

**INTRODUÇÃO**

De acordo com o plano de estudos que integra o EC, faz parte do mesmo a elaboração de um trabalho. Para cumprimento deste objectivo decidi elaborar um Estudo de Caso, no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, uma vez que realizo este meu EC no serviço S.I.I do Hospital Magalhães Lemos.

Este trabalho faz parte da minha preparação pessoal teórico-prática, e através deste, pretendendo explorar, o mais profundamente possível, a história de um utente psiquiátrico, de modo a tentar identificar os diversos factores e situações que contribuíram para o seu actual estado clínico, para que assim possa compreender qual o papel de enfermagem, no sentido de encaminhar para uma recuperação adequada.

Com a elaboração deste Estudo de Caso, pretendendo atingir os seguintes objectivos:

- ✓ Ver o utente no seu todo.
- ✓ Conhecer melhor a situação clínica do utente;
- ✓ Aprofundar conhecimentos teóricos sobre a patologia em causa.
- ✓ Saber observar para identificar necessidades.
- ✓ Adquirir/transmitir conhecimentos acerca dos cuidados de enfermagem associados à patologia do utente;
- ✓ Aprofundar as capacidades de comunicação, estabelecendo com o indivíduo uma relação empática e uma relação de ajuda;
- ✓ Identificar os fenómenos e enunciar as intervenções de enfermagem ao utente;

- ✓ Aplicar o processo de enfermagem segundo a CIPE, planeando as acções mais adaptadas ao utente;
- ✓ Desenvolver o saber ser, o saber estar, saber ouvir e saber fazer.
- ✓ Executar e aperfeiçoar o método de colheita de dados;
- ✓ Adquirir prática na pesquisa, elaboração e apresentação de estudos de caso;
- ✓ Constituir um instrumento de avaliação.

No decorrer deste trabalho, irei apresentar o utente, incluindo toda a sua história pessoal, familiar e o seu contexto actual.

Para proporcionar uma fácil leitura e boa compreensão deste Estudo de Caso, irei utilizar uma metodologia descritiva na sua realização. Esta será simples, clara e objectiva.

Os meios que utilizei para a sua elaboração foram a pesquisa bibliográfica, recorrendo, para o enquadramento teórico, a livros relacionados com a psicopatologia do utente, e para o caso prático, recorrendo ao processo clínico e diálogo com o utente e troca de informação com os Enfermeiros do serviço.

Elaborei, então, este trabalho, da seguinte forma:

- ✓ Introdução, na qual é justificada a importância da execução deste trabalho, enunciados os seus objectivos, apresentação e justificação do tema proposto, a sua organização e a metodologia utilizada para a sua elaboração;
- ✓ Corpo ou desenvolvimento do trabalho, no qual se fará um enquadramento teórico da psicopatologia diagnosticada no utente em estudo, com o estabelecimento de uma ponte entre estes conteúdos e a situação concreta do utente, a apresentação do caso e da situação actual (identificação, apreciação física

e psicológica, antecedentes pessoais e familiares, condições socioeconómicas do utente, e história da doença actual, plano de cuidados e farmacologia);

✓ A conclusão, a parte na qual se apresenta a reflexão feita aos resultados obtidos, e onde se analisará o sucesso dos objectivos inicialmente propostos.

✓ A bibliografia, contendo a referência aos elementos descritivos dos documentos consultados que podem vir a ser úteis a quem quiser aprofundar conhecimentos abordados neste estudo.

Não foi fácil a realização deste Estudo de Caso, pela dificuldade de recolher toda a informação do processo do utente havendo alguns aspectos que não tenha conseguido abordar com o mesmo, e pelo facto de não ter muita experiência na elaboração de estudos de caso. Contudo, tentei ultrapassar esta dificuldade com todo o meu empenho e dedicação e com a disponibilidade de colaboração de todos aqueles que têm mais experiência e me ajudaram.

### **1. ABORDAGEM TEÓRICA**

#### **PERTURBAÇÃO BIPOLAR**

A Perturbação Bipolar consiste numa afecção mental caracterizada por uma perturbação do humor, que se manifesta por episódios de excitação psíquica (fase maníaca) que alternam ciclicamente com episódios de depressão (fase depressiva).

#### **1.1 ETIOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA**

É uma doença que abrange nas sociedades industrializadas entre 0,6% a 0,88% da população, tendo maior incidência nas mulheres (9 a 15,2 casos novos no homem / 100000 e 7,4 a 32 casos novos na mulher / 100000). A idade do aparecimento é em média entre os 24 aos 31,5 anos.

É de salientar que familiares de 1º grau apresentam uma incidência entre 4,8 a 18,6%. Deste modo, os factores genéticos são os que mais contribuem para o aparecimento da doença. Outros factores são os biológicos que com estudos actuais, pensa-se que as monoaminas cerebrais alteradas, ou seja, a dopamina norepinephrine, a serotonina, e a acetilcolina estão envolvidas, juntas ou separadamente, os psicológicos uma vez que actualmente se considera que as mudanças ocorridas na depressão são frequentemente dependentes de perdas de auto-estima. Este é um exemplo pois os factores psicológicos que podem fomentar a depressão são muito variados, e por último, os factores sociais que têm influência na manifestação da depressão, estando esta positivamente correlacionada com eventos como ser-se pai/mãe solteiro/a, desemprego, e a ausência de relações íntimas. (Persad, 1988).

#### **1.2 NEUROBIOLOGIA**

As Perturbações Bipolares estão associadas a alterações no funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC). Estudos de imagiologia demonstraram que tanto as depressões bipolares, como unipolares, estão associadas a um menor volume no

lobo pré-frontal (Strakowski et al., 2002a, cit. in Berns & Nemeroff, 2003). Em contraste, os pacientes bipolares apresentam um tálamo e os gânglios basais maiores (Aylward et al., 1994; Strakowski et al., 2002a cit. in Berns & Nemeroff, 2003). Ocasionalmente, também se verifica um aumento do hipocampo e da amígdala (Swayze et al., 1992; Strakowski et al., 2002a cit. in Berns & Nemeroff, 2003).

O facto de não existirem alterações consistentes no funcionamento cerebral, é uma evidência clara de que esta patologia não está localizada em nenhuma parte específica do cérebro. Numa escala mais reduzida, as alterações na transmissão do sinal nervoso aparecem como a explicação mais poderosa para a amplitude da sintomatologia. Não obstante, o facto da maior parte dos pacientes bipolares retornar a um estado de relativa normalidade, mormente a ausência de tratamento, sugere fortemente alterações no mecanismo modulatório.

### **1.3 CARACTERIZAÇÃO/SINTOMAS**

A doença bipolar é uma doença psiquiátrica caracterizada por variações acentuadas de humor, com crises repetidas de depressão e de humor.

Na fase maníaca o estado de humor está elevado, assim como a auto-estima, há sentimentos de grandiosidade, podendo existir manifestações delirantes de grandeza, considerando-se a pessoa especial, com poderes e capacidades únicas. O indivíduo pode apresentar uma forte pressão para falar ininterruptamente, as ideias correm rapidamente a ponto de não concluir. Há também uma perda de

consciência da sua própria patologia, tornando-se socialmente uma pessoa inconveniente.

Nos períodos de mania os doentes apresentam sintomas de:

#### **Sintomas Do Humor**

- ✓ Humor eufórico
- ✓ Humor (facilmente) irritável
- ✓ Grandiosidade

#### **Sintomas Somáticos**

- ✓ Maior nível de energia
- ✓ Menos necessidade de sono
- ✓ Apetite irregular
- ✓ Mais libido

#### **Sintomas Cognitivos (Do Pensamento)**

- ✓ Sensação de maior concentração
- ✓ Pensamento acelerado (Taquipsiquismo)

#### **Sintomas De Psicose**

- ✓ Ideias delirantes de grandeza
- ✓ Alucinações

Na fase depressiva dá-se de certa forma o oposto da fase maníaca, o humor é depressivo, com sentimentos de inferioridade, cansaço, fadiga constante e ideia suicidas. Tal como refere Mondimore (2003:40), são frequentes “as ruminções de culpa... vergonha e arrependimento... o indivíduo sente-se muitas vezes culpado

pelos problemas dos outros... sendo a preocupação exagerada com a culpa muito significativa para o diagnóstico para o síndrome de depressão”.

As ideias fluem com lentidão, com perda de interesse por qualquer actividade que antes era agradável. A pessoa em fase depressiva experiencia lentificação, ineficácia do pensamento, falta de memória e concentração. Nesta fase o sono pode estar diminuído ou aumentado.

#### **Sintomas De Humor**

- ✓ Humor deprimido
- ✓ Humor disfórico
- ✓ Variação diurna de humor (depressão no início da manhã, e vai melhorando ao longo do dia)
- ✓ Culpabilização
- ✓ Anedonia
- ✓ Retraimento social
- ✓ Ideação suicida

#### **Sintomas Somáticos**

- ✓ Perturbação do sono (insónia e hipersónia)
- ✓ Perturbação do apetite (perda ou aumento do peso)
- ✓ Perda de interesse íntimo
- ✓ Choro fácil
- ✓ Fadiga
- ✓ Obstipação
- ✓ Dores de cabeça
- ✓ Agravamento de estados dolorosos

#### **Sintomas Cognitivos (Do Pensamento)**

- ✓ Falta de concentração
- ✓ Falta de memória
- ✓ Indecisão
- ✓ Lentidão do pensamento (Bradipsiquismo)

#### **Sintomas De Psicose**

- ✓ Pensamento delirante
- ✓ Alucinações
- ✓ Estados catatónicos

#### **1.4 TIPOS DO TRANSTORNO BIPOLAR:**

Podem definir-se dois tipos de transtornos bipolares, Tipo I e Tipo II:

- ✓ **Tipo I** - é denominada forma clássica, ou seja o utente apresenta episódios de mania alternados com os depressivos major. A fase depressiva pode ser um prelúdio da fase de mania ou seguir-se a esta imediatamente. No entanto, ambas podem estar separadas, por um período de meses (Merck, 2003).
- ✓ **Tipo II** - caracteriza-se por não apresentar episódios de mania mas sim de hipomania (que se caracterizam por períodos não psicóticos relativamente leves de aproximadamente uma semana de duração), que alternam com períodos de depressão (Merck, 2003).

### 1.5 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO:

Não existe uma cura absoluta para este transtorno bipolar, no entanto a psicofarmacologia oferece hoje uma variedade de fármacos que não curando permitem um controlo da patologia, oferecendo a hipótese a estes utentes de uma vida próxima da normalidade.

A farmacoterapia de retaguarda passa por um grupo de fármacos que são os estabilizadores de humor, tais como o carbonato de lítio e a carbamazepina, que são os fármacos de primeira linha, mas a terapêutica farmacológica é composta por uma combinação de fármacos, em que se inserem outros grupos farmacológicos nomeadamente neurolépticos, antidepressivos, anticonvulsivantes, hipnóticos, variando claro, de acordo com as manifestações do utente.

#### ✓ **CONSIDERAÇÕES GERAIS:**

O lítio é a melhor escolha quando se começa um tratamento para formas não complicadas de mania, ou seja para episódios agudos. Inicialmente fazem-se provas laboratoriais antes de administrar este fármaco, sendo que a dosagem do mesmo vai sendo aumentada durante um período de dez dias até se atingirem valores séricos de 0,8 a 1,2 mEq/l.

No começo da sua acção o lítio tem um período de grande latência (cerca de 4 a 10 dias) de forma que se adicionam outros fármacos nomeadamente, neurolépticos até se controlar a fase aguda de mania. Nesta primeira fase, e também para potenciar a acção do neuroléptico administram-se ansiolíticos tais como o lorazepam, somente durante a fase aguda de mania.

O seu mecanismo de acção é extremamente complexo, pensa-se que a sua acção passa por reduzir a mobilização do ião cálcio através da membrana celular, que em larga escala vai conduzir depois a uma inibição da síntese das prostanglandinas E1, o que conduz a uma diminuição dos ritmos biológicos.

O lítio vai atenuar as alternâncias de estádios do humor. Mostra-se menos eficaz nos tratamentos de utentes com quadros mistos, ansiedade concomitante, consumo de substâncias e também em situações de transtornos neurológicos.

O lítio é normalmente administrado sob a forma de carbonato, isto porque vai permitir que este seja absorvido de uma forma completa através do trato gastrointestinal, e é excretado posteriormente por via renal (cerca de 95%), adjacente a um ião de sódio. Desta forma em situações em que existam transtornos a nível renal e que exista já uma perda de sódio, este fármaco deverá ser ponderado uma vez que pode potenciar as situações de toxicidade renal, que pode provocar sintomatologia grave tal como, cefaleias, tonturas, confusão mental, arritmias cardíacas.

Os efeitos secundários deste fármaco são vários nomeadamente, aumento de peso, diarreia, poliúria, fasciculação, náuseas, diabetes nefrogénica entre outros.

Outros fármacos utilizados para o tratamento do transtorno bipolar, são os antipsicóticos atípicos tais como a risperidona ou olanzapina. Estes fármacos estão a ser mais utilizados na medida em que têm menos efeitos extra piramidais. Por outro lado, a sua acção consta numa actuação no SNC, em que existe um bloqueio dos receptores da dopamina.

Outros fármacos também de eleição são os anticonvulsivantes, tais como o valproato de sódio ou carbamazepina, são usados principalmente em situações em que os episódios de mania são pouco evidentes.

Não se conhecem ainda as suas acções terapêuticas nos transtornos bipolares, mas pensa-se que intervenham nos mecanismos GABAadrenérgicos. As suas vantagens de utilização relativamente ao lítio, prendem-se com a sua vasta acção terapêutica e a ausência de toxicidade renal.

Relativamente as crises depressivas, estas tratam-se com medicamentos antidepressivos, em casos mais resistentes então recorre-se á convulsivoterapia (Merck, 2003).

## **2. PROCESSO DE ENFERMAGEM**

O processo de enfermagem consiste numa série de etapas e acções planeadas, dirigidas à satisfação de necessidades e à resolução de problemas das pessoas. É o método científico adaptado às condições, muitas vezes imprevisíveis, da vida humana e aplicado aos seres humanos que têm necessidades não satisfeitas.

Para a realização deste estudo de caso, recorri ao processo de enfermagem, utilizando como meio de transmissão de informação, entre outros meios, a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE).

### **2.1 CIPE, VERSÃO 1.0**

A CIPE constitui um sistema unificado, que permite aos enfermeiros a comunicação e comparação de dados de enfermagem em diferentes contextos, países e idiomas. Os dados podem ser utilizados para decisões clínicas, avaliar os cuidados de enfermagem e seus resultados. Permitiu o desenvolvimento de políticas de saúde e contribuiu para o desenvolvimento da investigação, com conseqüente aumento do conhecimento na área de enfermagem.

A necessidade de se estabelecer uma classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), baseia-se na descrição dos fenómenos do utente, na realização de intervenções específicas e verificação dos seus resultados junto do utente.

A CIPE emergiu de um esforço internacional dos enfermeiros para explicitarem as palavras que lhes permitam, utilizando uma terminologia científica comum, referir elementos da prática de enfermagem, descrevendo a sua prática e permitindo a comparação entre diferentes cenários clínicos, populações, utentes, áreas geográficas ou tempo. O recurso a uma linguagem comum entre os diferentes enfermeiros permitiu identificar a contribuição do enfermeiro na equipa multidisciplinar. Deste modo, visa atingir os seguintes objectivos:

- ✓ Estabelecer uma linguagem comum;
- ✓ Descrever os cuidados de enfermagem;
- ✓ Comparar dados de enfermagem;
- ✓ Demonstrar as tendências em enfermagem;
- ✓ Estimular a investigação;

- ✓ Fornecer informação à tomada de decisão política.

### 2.2 O MODELO DE SETE EIXOS

- ✓ **Foco:** Área de atenção relevante para a enfermagem (por exemplo dor, sem abrigo, eliminação, esperança de vida, conhecimento).
- ✓ **Juízo:** Opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de enfermagem (por exemplo nível decrescente, risco, melhorado, interrompido, anormal).
- ✓ **Recursos:** Forma ou método de concretizar uma intervenção (por exemplo ligadura, técnica de treino vesical, serviço de nutrição).
- ✓ **Ação:** Processo intencional aplicado a um utente, ou desempenhado pelo mesmo (por exemplo educar, trocar, administrar, monitorizar).
- ✓ **Tempo:** O ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência (por exemplo admissão, nascimento, crónico).
- ✓ **Localização:** Orientação anatómica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção (por exemplo posterior, abdómen, escola, centro de saúde).
- ✓ **Utente:** Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção (por exemplo recém-nascido, prestador de cuidados, família, comunidade).

### 2.3 COLHEITA DE DADOS

- ✓ Identificação do objecto de estudo

- ✓ Data e motivo da admissão
- ✓ Antecedentes pessoais e familiares: desenvolvimento psicomotor, escolaridade, adolescência, emprego, início da doença, hábitos, relações familiares;
- ✓ Caracterização do utente:
  - *Apreciação física:* estatura, parâmetros vitais, pele e mucosas, pupilas, membros, tórax e abdómen, acuidade visual e auditiva, autonomia (alimentação e hidratação, higiene e vestuário, eliminação, marcha);
  - *Apreciação psicológica:* estado de consciência, orientação, contacto, linguagem, discurso, comportamento, humor, conteúdo emocional, memória, pensamento, percepção.

### 2.4 CONSTRUÇÃO DE DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM

A Construção de Diagnósticos, Intervenções e Resultados de enfermagem, podem ser organizados em grupos significativos para a prática de enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem deve incluir o estado do utente, os problemas, as necessidades e as potencialidades; as intervenções de enfermagem incluem as acções de enfermagem.

Para criar diagnósticos e resultados de enfermagem são recomendadas as seguintes directrizes:

- ✓ Incluir um termo do eixo do foco;
- ✓ Incluir um termo do eixo do juízo;

- ✓ Pode incluir termos adicionais do eixo do foco, juízo ou de outros eixos.
- ✓ Para criar intervenções de enfermagem são recomendadas as seguintes directrizes:
  - ✓ Incluir um termo do eixo de acção;
  - ✓ Incluir pelo menos um termo alvo (um termo de qualquer eixo excepto do eixo do juízo);

Pode incluir termos adicionais, conforme o necessário, do eixo da acção, ou de qualquer outro eixo.

### **2.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS:**

- ✓ Planeamento: necessidades/problemas/diagnósticos de enfermagem – estabelecer prioridades
- ✓ Execução: intervenções de enfermagem
- ✓ Avaliação: (avaliar os resultados das intervenções) reformulação do planeamento de acordo com as necessidades.

### **3. IMPLICAÇÕES ÉTICAS**

Do grego “ethiké” ou do latim “ethica” (ciência relativa aos costumes), ética é o domínio da filosofia que tem por objectivo o juízo de apreciação que distingue o bem e o mal, o comportamento correcto e o incorrecto. Os princípios éticos constituem-se enquanto directrizes, pelas quais o homem rege o seu comportamento, tendo em vista uma filosofia moral dignificante. Os códigos de

ética são dificilmente separáveis da deontologia profissional, pelo que não é pouco frequente os termos ética e deontologia serem utilizados indiferentemente. (in <http://www.psicologia.com.pt/profissional/etica/>)

Portanto, ética e moral, pela própria etimologia, diz respeito a uma realidade humana que é construída histórica e socialmente a partir das relações colectivas dos seres humanos, nas sociedades onde nascem e vivem.

Durante todo o internamento, consideramos que a prática dos nossos cuidados foi realizada, tendo sempre como objectivo o benefício da utente, procurando o seu bem-estar.

Ao longo do nosso trabalho, procurámos sempre respeitar a privacidade da utente, tendo-lhe sido dada toda a liberdade para fazer as suas escolhas.

Deste modo, podemos afirmar que respeitámos sempre o sigilo profissional e que não quebrámos qualquer princípio ético e deontológico da profissão.

## **4. CASO CLÍNICO**

### **4.1 HISTÓRIA BIOPSISSOCIAL**

- ✓ **Nome:** M. A. M. A.
- ✓ **Sexo:** Feminino
- ✓ **Idade:** 46 anos
- ✓ **Estado Civil:** Divorciada
- ✓ **Agregado Familiar Composto Por:** Filha
- ✓ **Residência:** Matosinhos

## ESTUDO DE CASO

- ✓ **Nacionalidade:** Portuguesa
- ✓ **Profissão:** Fazia limpezas em casas particulares
- ✓ **Situação Profissional:** Inactiva
- ✓ **Religião:** Católica

### 4.2 DATA E MOTIVO DA ADMISSÃO:

- ✓ **Data Da Admissão:** 06 de Outubro de 2010
- ✓ **Motivo De Internamento:** Alteração do Comportamento
- ✓ **Diagnóstico Médico:** 296
- ✓ **Internamentos Anteriores:** Não
- ✓ **Pessoa A Contactar:** Filha

### 4.3 ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

- ✓ **Desenvolvimento Psicomotor:** Sem alterações
- ✓ **Escolaridade:** Sem dados
- ✓ **Adolescência:** Sem dados
- ✓ **Emprego:** Fazia limpezas em casas particulares
- ✓ **Início Da Doença:** Sem dados
- ✓ **Antecedentes Pessoais:** Seguida em consulta privada pelo Dr. J. F. por quadros depressivos recorrentes. Nega outras patologias
- ✓ **Hábitos:** Tabaco

## PERTURBAÇÃO BIPOLAR

- ✓ **Outros:** Desconhece antecedentes familiares de doenças e internamentos em psiquiatria. Desconhece outras patologias em familiares próximos.

### 4.4 APRECIACÃO FÍSICA

- ✓ **Estatura:** 1,60cm
- ✓ **Parâmetros Vitais:** TA= 120/80 mmHg; Fc= 62 bpm
- ✓ **Características Do Pulso:** Rítmico e cheio
- ✓ **T.ax:** 36°
- ✓ **Pele E Mucosas:** Tegumento Integro
- ✓ **Pupilas:** Sem alteração
- ✓ **Membros:** Sem alteração
- ✓ **Tórax E Abdómen:** Sem alterações
- ✓ **Acuidade Visual:** Sem alterações
- ✓ **Acuidade Auditiva:** Sem alterações
- ✓ **Alimentação:** Sem restrições alimentares
- ✓ **Hidratação:** Sem alterações
- ✓ **Autocuidado De Higiene E Vestuário:** Independente
- ✓ **Eliminação Intestinal:** Refere funcional diariamente
- ✓ **Eliminação Vesical:** Sem alterações
- ✓ **Marcha:** Mobilidade Independente
- ✓ **Alergias E Sensibilidades:** Ausente

**4.5 APRECIACÃO PSICOLÓGICA**

- ✓ **Estado De Consciência:** Não alterado
- ✓ **Orientação:**
  - Orientada no tempo e no espaço;
  - Auto-orientada;
  - Alopsiquicamente orientada
- ✓ **Linguagem:** Sem alterações
- ✓ **Discurso:** Lógico e Coerente
- ✓ **Comportamento:** No momento da admissão doente encontrava-se sonolenta
- ✓ **Humor:** Depressivo
- ✓ **Conteúdo Emocional:** Alterado
- ✓ **Memória:** Sem alterações
- ✓ **Pensamento:** Bradipsiquismo
- ✓ **Percepção:** Sem alterações
- ✓ **Tentativa De Suicídio:** Ausente
- ✓ **Ideação Suicida:** Não verbaliza
- ✓ **Hábitos De Sono** 6 hora por noite com recurso a medicação que não sabe especificar.

**4.6 OUTROS**

- ✓ **Crença Religiosa:** Católica

- ✓ **Sexualidade:** Heterossexual
- ✓ **Actividade Sexual:** Não respondeu
- ✓ **Actividades De Lazer:** Não
- ✓ **Comportamentos Aditivos:** Sim, tabaco.

**4.7 HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL**

A utente foi levada ao serviço de urgência do Hospital de S. João pela filha devido a alterações do comportamento com desinibição sexual, euforia e gastos excessivos. Foi pedido internamento que a utente aceitou, tornando-se voluntária, e foi transferida para o Hospital Magalhães Lemos. Na data do seu internamento a utente não apresentava insight sobre o seu quadro clínico.

**4.8 INTERNAMENTO ACTUAL**

A utente deu entrada no S.I.I. do Hospital Magalhães Lemos no dia 06/10/2010 por volta das 18horas. Permaneceu neste serviço até ao dia 19/10/2010, dia em que foi transferida para o serviço Matosinhos, área de residência da utente. Apesar de ter sido transferida neste dia, solicitei dados que me pudessem ajudar numa posterior data ao dia da transferência, por este motivo irei abordar dias que a utente já não estava internada no serviço onde realizo o meu ensino clínico.

**06 de Outubro de 2010**

Foi realizada a entrevista de avaliação inicial, de acolhimento onde foram dadas a conhecer as normas e regras do serviço, bem como a sua estrutura física. A utente

apresentava um humor depressivo possivelmente devido ao seu estado de sonolência. Foi encaminhada ao leito para descansar até à hora da ceia.

**07 de Outubro de 2010**

Durante o dia a utente encontrava-se isolada do restante grupo, apresentando um humor depressivo. Com um comportamento adequado e colaborante até após a ceia, momento em que foi encaminhada ao quarto. Neste período apresentou comportamento confuso e alguma ansiedade referente às normas do turno da noite quanto ao facto de ter de entregar o tabaco e isqueiro e não poder levar alimentos para a zona dos quartos. Nesta altura apresentava um humor disfórico.

**08 de Outubro de 2010**

Utente apresentou insónia a partir das 4 horas, alternando períodos em que se deitava e levantava do leito não dormindo o resto das horas até à prestação de cuidados.

Durante o dia a utente apresentou períodos de inquietação sendo necessário gerir a comunicação que não surtiu efeito, sendo por isso necessário gerir o ambiente físico e medicação em SOS. Após surtir efeito a medicação, a utente esteve mais calma e com comportamento mais adequado durante o dia. Apresentou também ao longo dos turnos humor ansioso e alteração do pensamento.

**09 de Outubro de 2010**

Utente apresentou insónia final. No início do turno apresentava-se bastante inquieta com períodos de agitação devido a não compreender as normas do serviço, queria um café antes da prestação de cuidados. Apresentou ao longo do dia um humor ansioso, um comportamento apelativo não sendo perceptível a alteração do pensamento.

**10 de Outubro de 2010**

Utente mantém insónia final. Mantém períodos de inquietação com choro fácil não conseguindo organizar-se de forma eficaz no autocuidado de higiene e vestuário sendo necessário uma supervisão. Durante o dia não foram observadas alterações do pensamento mas foi detectada actividade alucinatória visual e auditiva (a utente refere que o namorado ia no avião e que lhe dedicou uma música na rádio). Manteve humor ansioso, inquietação e comportamento desorganizado.

**11 de Outubro de 2010**

Utente mantém comportamento desorganizado nos autocuidados de higiene e vestuário. Apresentou ao longo dos turnos um humor lábil alternando períodos em que se encontra mais reactiva e até disfórica com outros de choro fácil. Não foi perceptível actividade alucinatória. Após jantar utente já apresentava um comportamento adequado e colaborante.

**12 de Outubro de 2010**

Neste dia a utente apresentava humor depressivo ao início da manhã com choro fácil quando contrariada que reverteu a eutímico ao longo do dia. Não apresentou actividade alucinatória nem alteração do pensamento mantendo apenas alguns períodos de inquietação no final do dia.

**13 de Outubro de 2010**

Utente apresentou insónia final. Durante a manhã com comportamento bastante apelativo e manipulador com alguns períodos de inquietação. Apresentou um humor depressivo com labilidade emocional e no turno da noite um humor disfórico. Com discurso desconexo e taquipsiquismo.

**14 de Outubro de 2010**

Utente com comportamento mais adequado e com humor eufímico. Não foi detectada actividade alucinatória nem visual e também não foi perceptível alteração do pensamento. Esteve durante os turnos mais colaborante e mais calma. Apresentou insónia inicial.

#### **15 de Outubro de 2010**

Utente apresenta humor ansioso. Não foi detectada actividade alucinatória nem alteração do pensamento. Inicia um processo de insight para o seu estado de saúde, ou seja, começa a perceber que algumas das suas ideias não estão correctas. Apresenta alguma inquietação ao final da tarde mas com um comportamento mais adequado e mais colaborante. Apresentou insónia inicial e final, neste período comportamento desorganizado.

#### **16 de Outubro de 2010**

Utente com comportamento apelativo e humor ansioso, mas mais calma e colaborante ao longo do dia. Não foi detectada actividade alucinatória nem alteração do pensamento. Dormiu por longos períodos.

#### **17 de Outubro de 2010**

Utente apresenta inquietação e comportamento desadequado. Apresenta taquipsiquismo e fuga de ideias. Após o almoço, esteve mais calma e colaborante sem alteração do pensamento e sem actividade alucinatória. Apresentou insónia final.

#### **18 de Outubro de 2010**

Utente colaborante com períodos de choro fácil quando contrariada. Apresenta humor ansioso. No turno da tarde apresentou comportamento apelativo, esteve verborreica e com atitudes manipuladoras. Utente apresentou insónia intermédia,

preparando a roupa para o dia seguinte e indo várias vezes a casa de banho. Após estes momentos deitou-se no leito e dormiu o restante turno.

#### **19 de Outubro de 2010**

Utente transferida para o serviço de Matosinhos.

Após transferência da Sra. M. achei pertinente falar de uma actividade realizada no serviço de Matosinhos que é o promover o envolvimento da família. No dia 20 de Outubro foi promovido o envolvimento da família com o objectivo de detectar a necessidade da família e défices de informação/conhecimento, conhecer expectativas da família relativamente ao internamento e por último fazer anamnese da utente do ponto de vista familiar. Esta entrevista foi realizada com a irmã da utente por ser a pessoa mais próxima para além da filha e também com quem a utente tem mais a vontade para falar. A irmã refere que a utente na altura do Outono apresenta recaídas, mas mostrou-se bastante preocupada com o estado de saúde da irmã uma vez que afirma que “desta vez foi diferente das outras”. Desde Abril/Maio começou com alterações do comportamento apresentando alucinações auditivas, delírio auto-referencial, comportamentos bizarros (andava vestida com robe no meio da rua), hiperactividade, aumento da actividade social (uma vez que o que caracterizava a utente era a sua timidez). Após conversa com a irmã a utente juntou-se à entrevista não querendo falar abertamente mas mostrando algum insight para a sua situação clínica.

### **5. PLANO DE CUIDADOS**

**Foco:** Recuperação

**Diagnóstico:** Risco de recuperação ineficaz

**Intervenções:**

- ✓ Executar entrevista de acolhimento
- ✓ Executar entrevista de avaliação inicial
- ✓ Planear entrevista de reavaliação

**Avaliação:** No dia de entrada da utente foi realizada a entrevista de acolhimento dando a conhecer à mesma a estrutura física do serviço, as normas e regras gerais. A utente nos primeiros dias mostrou-se receptiva às normas. Foi também executada a entrevista de avaliação inicial, momento em que a utente colaborou de forma eficaz. A entrevista de reavaliação não foi necessária devido ao curto período de internamento neste serviço. Após transferência para o serviço de Matosinhos, a reavaliação foi executada nesse momento pelos profissionais desse serviço.

**Foco:** Pensamento

**Diagnóstico:** Pensamento distorcido (delírio de teor auto-referencial)

**Intervenções:**

- ✓ Vigiar pensamento
- ✓ Gerir comunicação (SOS)

**Avaliação:** No dia 8 de Outubro a utente apresentou alteração do pensamento não sendo perceptível nos restantes dias de internamento neste serviço. No dia 17 de Outubro a utente apresentou alteração do pensamento quanto à forma por bradipsiquismo e fuga de ideias.

**Foco:** Percepção

**Diagnóstico:** Percepção alterada (Alucinação visual e auditiva)

**Intervenções:**

- ✓ Vigiar alteração da percepção
- ✓ Gerir comunicação (SOS)
- ✓ Gerir ambiente físico (SOS)

**Avaliação:** A utente apresentou no dia 10 de Outubro actividade alucinatória visual e auditiva (viu o namorado imaginário num avião que passava na altura e ouviu-o a dedicar-lhe uma música na rádio). Nos restantes turnos não foram detectadas alterações da percepção.

**Foco:** Actividade Psicomotora

**Diagnóstico:** Inquietação

**Intervenções:**

- ✓ Vigiar inquietação
- ✓ Gerir comunicação (SOS)
- ✓ Gerir ambiente físico (SOS)
- ✓ Gerir medicação (SOS)

**Avaliação:** Durante o período de internamento a utente apresentou na maior parte das vezes inquietação psicomotora. No dia 8 de Outubro foi necessário gerir a comunicação, como não surtir efeito foi necessário gerir o ambiente físico e a medicação em SOS. Nos restantes dias foi conseguido atenuar a sua inquietação através da comunicação.

**Foco:** Insónia

**Diagnóstico:** Insónia final

**Intervenções:**

- ✓ Vigiar sono
- ✓ Gerir medicação (em SOS)
- ✓ Gerir ambiente físico (em SOS)
- ✓ Gerir comunicação (em SOS)

**Avaliação:** Durante o período de internamento a utente apresentou insónia final.

**Foco:** Comportamento

**Diagnóstico:** Comportamento alterado

**Intervenções:**

- ✓ Vigiar comportamento
- ✓ Vigiar acção do doente
- ✓ Gerir medicação (em SOS)
- ✓ Gerir ambiente físico (em SOS)
- ✓ Gerir comunicação (em SOS)

**Avaliação:** Durante o período de internamento e principalmente no final do dia a utente apresentava por vezes comportamento desadequado sendo necessário gerir a comunicação e o ambiente físico.

**Foco:** Humor

**Diagnóstico:** Humor alterado (ansioso)

**Intervenções:**

- ✓ Vigiar humor
- ✓ Gerir medicação (em SOS)
- ✓ Gerir ambiente físico (em SOS)
- ✓ Gerir comunicação (em SOS)

**Avaliação:** Utente com humor bastante ansioso durante todo o internamento que por vezes alternava com humor depressivo que se observada mais no início da manhã.

## **6. FOLHAS DE FARMACOLOGIA**

- **Nome do Medicamento:** Lorazepam 5 mg

**Grupo Terapêutico:** Ansiolítico

**Indicações Terapêuticas:** Tratamento da ansiedade ou no alívio, por curtos períodos, dos sintomas da ansiedade; Para a insónia devida à ansiedade.

Só está indicado quando a doença é grave, não cede a medidas terapêuticas não medicamentosas, é incapacitante ou o indivíduo está sujeito a angústia extrema.

**Objectivos na prescrição da utente:** Tratamento de estados de ansiedade

- **Nome do Medicamento:** Haloperidol 5 mg/l (em SOS)

**Grupo Terapêutico:** Antipsicótico

**Indicações Terapêuticas:** Indicado no tratamento de manutenção de esquizofrenia crónica e de outras psicoses.

Indicado também no tratamento de outros problemas mentais ou de comportamento, onde a agitação psicomotora exige tratamento de manutenção.

**Objectivos na prescrição da utente:** Tratamento da agitação psicomotora.

- **Nome do Medicamento:** Olanzapina 10 mg

**Grupo Terapêutico:** Antipsicótico

**Indicações Terapêuticas:**

- ✓ A olanzapina esta indicada para o tratamento da esquizofrenia.
- ✓ É eficaz na manutenção da melhoria clinica, durante uma terapêutica de continuação, nos doentes que tenham mostrado uma resposta inicial ao tratamento.
- ✓ A olanzapina esta indicada no tratamento do episódio maníaco moderado a grave.
- ✓ Nos doentes cujo episódio maníaco respondeu ao tratamento com olanzapina, a olanzapina esta indicada para a prevenção das recorrências nos doentes com perturbação bipolar

**Objectivos na prescrição da utente:** Prevenção de recorrência de episódio maníaco.

- **Nome do Medicamento:** Diazepam 10 mg/l (em SOS)

**Grupo Terapêutico:** Ansiolítico

**Indicações Terapêuticas:** Terapêutica da ansiedade e da insónia. Como miorrelaxante. Medicação pré-anestésica.

**Objectivos na prescrição da utente:** Tratamento de estados de ansiedade

- **Nome do Medicamento:** Zolpidem 10 mg (em SOS)

**Grupo Terapêutico:** Ansiolítico

**Indicações Terapêuticas:** Tratamento de curto prazo de insónias, isoladas ou associadas com estados de ansiedade e outros quadros psiquiátricos.

Os indutores de sono só estão indicados quando a doença é grave, incapacitando ou sujeitando o indivíduo a uma extrema ansiedade.

**Objectivos na prescrição da utente:** Insónia

**CONCLUSÃO**

A realização deste trabalho permitiu-me adquirir conhecimentos acerca dos cuidados de enfermagem associados à patologia da utente e conhecer a problemática que esta patologia comporta, aumentando os meus conhecimentos teóricos acerca da mesma. Permitiu-me, também, conhecer as complicações que podem surgir e o modo como podem ser prevenidas; melhorar a capacidade de interligação dos conhecimentos com a prática e desenvolver a capacidade de investigação.

Surgiram, com o decorrer deste trabalho, algumas dificuldades na obtenção de dados uma vez que a utente já não se encontrava no serviço.

No entanto, penso que todas as dificuldades foram ultrapassadas, não só pelo esforço manifestado, mas também pela colaboração incondicional da equipa de enfermagem do serviço da S.II do HML, estando sempre disponíveis e demonstrando-se fundamentais para a realização deste trabalho.

Atingi os objectivos inicialmente propostos e conseqüentemente ampliei e solidifiquei os meus conhecimentos sobre cuidados de Enfermagem Psiquiátrica.

Pretendo que este trabalho não constitua o final de mais uma etapa, mas que seja um passo importante para o despontar de futuros trabalhos, que contribuam, de forma expressiva e contundente, para uma melhoria ao nível dos cuidados de saúde prestados.

**BIBLIOGRAFIA**

American Psychiatric Association; “DSM – IV – TR (Texto Revisto), Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais”; 4ª Edição, Climepsi Editores; Lisboa, Outubro de 2006;

Conselho Internacional de Enfermeiros - CIPE, Ordem dos enfermeiros, 2005;

HARRISON, Paul; GEDDES, John; SHARPE, Michael; “Guia Prático de Psiquiatria”; Climepsi Editores; Lisboa, Dezembro de 2006;

“Índice Nacional Terapêutico”, Tupam editores; Lisboa, 2007;

“Manual de Psiquiatria Clínica”, 2ª Edição, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2002;

**ANEXO V - ACTIVIDADES HML**

## ACTIVIDADES HML

### ACTIVIDADE: DAMAS/DOMINÓ

#### OBJECTIVOS:

- PROMOVER O AUTO-CUIDADO: ACTIVIDADE RECREATIVA
- PROMOVER O BEM-ESTAR
- PROMOVER A INTERACÇÃO SOCIAL
- PROMOVER A COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA
- REDUZIR O USO DE TABACO
- ESTIMULAR A FUNÇÃO COGNITIVA
- FACILITAR A CAPACIDADE DE ATENÇÃO
- PROMOVER A RELAÇÃO DO GRUPO

### ACTIVIDADE: "O MEU AUTO-RETRATO"

#### OBJECTIVOS:

- PROMOVER O AUTO-CUIDADO: ACTIVIDADE RECREATIVA
- PROMOVER O BEM-ESTAR
- PROMOVER A INTERACÇÃO SOCIAL
- PROMOVER A COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA
- REDUZIR O USO DE TABACO
- PROMOVER O AUTO-CONHECIMENTO
- FACILITAR A CAPACIDADE DE ATENÇÃO
- CONHECER E ANALISAR OS SENTIMENTOS EXPRESSOS

- CONHECER A OPINIÃO QUE CADA UM TEM DE SI PRÓPRIO

#### MATERIAL NECESSÁRIO:

- FOLHA DE PAPEL
- LÁPIS OU CANETA DE COR

#### PROCEDIMENTO:

- REUNIR NA SALA DE ACTIVIDADES
- PEDIR AO GRUPO PARA QUE SE COLOQUE EM CIRCULO NO CENTRO DA SALA
- SOLICITAR A CADA PARTICIPANTE QUE FALE SOBRE AS CARACTERISTICAS PESSOAIS QUE DESENHOU

### ACTIVIDADE: "O MEU BRASÃO"

#### OBJECTIVOS:

- PROMOVER O AUTO-CUIDADO: ACTIVIDADE RECREATIVA
- PROMOVER O BEM-ESTAR
- PROMOVER A COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA
- REDUZIR O USO DE TABACO
- PROMOVER O AUTO-CONHECIMENTO
- FACILITAR A CAPACIDADE DE ATENÇÃO
- CONHECER E ANALISAR OS SENTIMENTOS EXPRESSOS
- CONHECER A OPINIÃO QUE CADA UM TEM DE SI PRÓPRIO

MATERIAL NECESSÁRIO:

- FOLHA DE PAPEL
- LÁPIS OU CANETA DE COR

PROCEDIMENTO:

- REUNIR NA SALA DE ACTIVIDADES
- EXPLICAR A ACTIVIDADE
- PROVIDENCIAR UMA FOLHA DE PAPEL E LÁPIS OU CANETA DE COR À ESCOLHA
- PEDIR A CADA PARTICIPANTE QUE PREENCHA OS CAMPOS PERTENCENTES À ACTIVIDADE: “O QUE MAIS GOSTO EM MIM...”;”O QUE MAIS GOSTO DE FAZER...”;”O QUE MAIS GOSTEI NO MEU PERCURSO DE VIDA”;”O QUE GOSTARIA DE ALCANÇAR”
- SOLICITAR AO PARTICIPANTE QUE FALE SOBRE O QUE ESCREVEU

ACTIVIDADE: “DESCOBRIR AS DIFERENÇAS”

OBJECTIVOS:

- PROMOVER O AUTO-CUIDADO: ACTIVIDADE RECREATIVA;
- PROMOVER O BEM-ESTAR
- PROMOVER A INTERACÇÃO SOCIAL
- REDUZIR O USO DE TABACO
- ESTIMULAR A CONCENTRAÇÃO

MATERIAL NECESSÁRIO:

- FOTOCÓPIAS DE DUAS IMAGENS EM QUE NUMA DELAS EXISTEM PEQUENOS PORMENORES COM DIFERENÇAS
- LÁPIS OU CANETA

PROCEDIMENTO:

- GERIR AMBIENTE; ORGANIZAR A SALA
- MOTIVAR PARA A PARTICIPAÇÃO DAS PESSOAS
- EXPLICAR DINÂMICA E OBJECTIVOS DA ACTIVIDADE AOS PARTICIPANTES (DESCOBRIR AS DIFERENÇAS NAS IMAGENS APRESENTADAS)

ACTIVIDADE: DESENHO LIVRE

OBJECTIVOS:

- PROMOVER O AUTO-CUIDADO: ACTIVIDADE RECREATIVA
- PROMOVER O BEM-ESTAR
- PROMOVER A INTERACÇÃO SOCIAL
- REDUZIR O USO DE TABACO
- ESTIMULAR A CONCENTRAÇÃO
- PROMOVER A EXPRESSÃO DE EMOÇÕES

MATERIAL NECESSÁRIO:

- FOLHAS DE PAPEL
- LÁPIS DE COR
- LÁPIS DE CERA

- MESA
- CADEIRAS
- CAPA PARA ANEXAR DESENHO

PROCEDIMENTO:

- GERIR AMBIENTE - ORGANIZAR A SALA, DISPOR AS CADEIRAS EM CIRCULO, DIMINUIR FONTES SONORAS, PROMOVER AMBIENTE TRANQUILO
- MOTIVAR PARA A PARTICIPAÇÃO DAS PESSOAS
- EXPLICAR DINÂMICA E OBJECTIVOS DA DINÂMICA AOS PARTICIPANTES
- FORNECER FOLHA BRANCA A CADA PESSOA
- INCENTIVAR OS UTENTES A DESENHAR ALGO QUE TENHA SIGNIFICADO PARA ELES
- SOLICITAR A CADA UTENTE QUE DESCREVA O SIGNIFICADO DO DESENHO QUE FEZ

ACTIVIDADE: JOGO DA MÍMICA

OBJECTIVOS:

- PROMOVER O AUTO-CUIDADO: ACTIVIDADE RECREATIVA
- PROMOVER O BEM-ESTAR
- PROMOVER A INTERACÇÃO SOCIAL
- REDUZIR O USO DE TABACO
- ESTIMULAR A CONCENTRAÇÃO
- PROMOVER A EXPRESSÃO DE EMOÇÕES

- FACILITAR E PROMOVER COMUNICAÇÃO
- PROMOVER A RELAÇÃO ENTRE O GRUPO
- PROMOVER A DISTRACÇÃO
- PROMOVER O BEM ESTAR E AUTO-ESTIMA

MATERIAL NECESSÁRIO:

- CARTÕES COM PALAVRAS PARA ADIVINHAR ATRAVÉS DE MÍMICA

PROCEDIMENTO:

- GERIR AMBIENTES
- MOTIVAR PARA A PARTICIPAÇÃO NA ACTIVIDADE
- SOLICITAR PARA QUE OS PARTICIPANTES SE SENTEM E SE APRESENTEM
- EXPLICAR DINÂMICA E OBJECTIVOS DA ACTIVIDADE AOS PARTICIPANTES
- CADA ELEMENTO RETIRA UM CARTÃO E LÊ PARA SI PRÓPRIO A PALAVRA ESCRITA NO MESMO
- REPRODUZIR A PALAVRA QUE ESTÁ NO CARTÃO ATRAVÉS DA MÍMICA
- TODOS OS ELEMENTOS PARTICIPANTES DEVEM TENTAR REPRODUZIR UMA PALAVRA.

### ACTIVIDADE: BINGO

#### OBJECTIVOS:

- REDUZIR O CONSUMO DE TABACO
- REDUZIR A ANSIEDADE
- INCENTIVAR A INTERACÇÃO SOCIAL ENTRE OS UTENTES
- PROPORCIONAR MOMENTOS DE DISTRAÇÃO

#### MATERIAL:

- CARTÕES COM NÚMEROS
- BOLAS COM NÚMEROS
- SACO
- FEIJÕES

#### PROCEDIMENTOS:

- ORGANIZAR A SALA E REUNIR MATERIAL NECESSÁRIO
- MOTIVAR OS UTENTES A PARTICIPAR NA ACTIVIDADE
- EXPLICAR A DINÂMICA E OS OBJECTIVOS DA ACTIVIDADE AOS UTENTES
- PEDIR AOS UTENTES QUE SE SENTEM NAS MESAS
- DISTRIBUIR UM CARTÃO E FEIJÕES POR UTENTE
- O DINAMIZADOR RETIRA UMA BOLA DO SACO E ANUNCIA O NÚMERO EM VOZ ALTA
- OS UTENTES VERIFICAM SE O NÚMERO ANUNCIADO SE ENCONTRA NO SEU CARTÃO, COLOCANDO UM FEIJÃO NO RESPECTIVO NÚMERO, QUANDO COMPLETAREM UMA

LINHA HORIZONTAL DIZEM “LINHA”, QUANDO COMPLETAREM TODO O CARTÃO DIZEM “BINGO”.

### ACTIVIDADE: CIRCUITO DOS SENTIDOS

#### OBJECTIVOS:

- PROMOVER A AUTOCUIDADO: ACTIVIDADE RECREATIVA
- PROMOVER A INTERACÇÃO SOCIAL COM OS OUTROS UTENTES
- ESTIMULAR OS CINCO SENTIDOS
- ESTIMULAR A COGNIÇÃO
- PROMOVER O BEM-ESTAR
- ESTIMULAR A COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA
- REDUZIR O CONSUMO DE TABACO

#### MATERIAL NECESSÁRIO:

- OBJECTOS DIVERSOS (CANETA, BOLA, LENÇO E PELUCHE)
- ALIMENTOS DIVERSOS (CHOCOLATE, MAÇÃ E BOLACHAS SALGADAS)
- ODORES DIVERSOS (ROSA, LIMÃO E EUCALIPTO/LOUREIRO)
- ESTÍMULOS AUDITIVOS DIVERSOS (GALO, SOM DAS ONDAS DO MAR E RELÓGIO)
- FIGURAS DIVERSAS (ZEBRA, LEOPARDO/TIGRE E AMBULÂNCIA)
- SACO OPACO

- COMPUTADOR PORTÁTIL
- COLUNAS DE SOM

PROCEDIMENTO:

- ORGANIZAR A SALA
- REUNIR O MATERIAL NECESSÁRIO
- MOTIVAR OS UTENTES E PARTICIPAR NA ACTIVIDADE
- EXPLICAR A DINÂMICA E OS OBJECTIVOS DA ACTIVIDADE AOS PARTICIPANTES
- EXPLICAR QUE A ACTIVIDADE SE VAI DESENVOLVER NUM CIRCUITO COM CINCO BANCAS, CADA UMA RELATIVA A UM DOS SENTIDOS
- SOLICITAR AOS UTENTES PARA PERMANECEREM NA SALA DE ACTIVIDADES MAIS PEQUENA DO SERVIÇO E AGUARDAREM PELA SUA VEZ
- INSTRUIR SOBRE CADA UMA DAS ACTIVIDADES À MEDIDA QUE VÃO CHEGANDO À BANCA
- CASO O PARTICIPANTE NÃO CONSIGA IDENTIFICAR O PRETENDIDO, O RESPONSÁVEL PELA BANCA IRÁ INDICAR UMA DAS SUAS CARACTERÍSTICAS DE MODO A QUE O UTENTE DESCUBRA DO QUE SE TRATA
- SOLICITAR QUE AGUARDE NO PÁTIO, APÓS A ACTIVIDADE
- A ACTIVIDADE TERMINA QUANDO TODOS OS PARTICIPANTES REALIZAREM O CIRCUITO

ACTIVIDADE: “SE EU FOSSE...”

OBJECTIVOS:

- PROMOVER A INTERACÇÃO SOCIAL COM OS OUTROS UTENTES
- ESTIMULAR A IMAGINAÇÃO E A CRIATIVIDADE
- ESTIMULAR A COGNIÇÃO
- PROMOVER O BEM ESTAR
- ESTIMULAR A COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA
- PROPORCIONAR MOMENTOS DE DISTRACÇÃO
- REDUZIR O CONSUMO DE TABACO

MATERIAL NECESSÁRIO:

- CARTÕES COM FRASES PARA COMPLETAR
- SACO

PROCEDIMENTO:

- ORGANIZAR A SALA
- REUNIR O MATERIAL NECESSÁRIO
- MOTIVAR OS UTENTES A PARTICIPAR NA ACTIVIDADE
- EXPLICAR A DINÂMICA E OS OBJECTIVOS DA ACTIVIDADE AOS PARTICIPANTES
- CADA UTENTE, DEVERÁ RETIRAR ALEATÓRIAMENTE UM CARTÃO DO SACO
- POSTERIORMENTE LÊ EM VOZ ALTA A FRASE COMPLETANDO-A E JUSTIFICANDO A SUA ESCOLHA

(EXEMPLO: SE EU FOSSE UMA COR QUERIA SER A COR VERDE PORQUE É A MINHA FAVORITA)

- CADA UTENTE DEVERÁ TIRAR PELO MENOS UM CARTÃO
- A ACTIVIDADE TERMINA QUANDO TODOS OS CARTÕES TIVEREM SIDO RETIRADOS DO SACO

**ANEXO VI – PLANOS DE SESSÃO**

<b>Plano de Sessão I</b>				
<b>Instituição:</b> PIAC				
<b>Tema:</b> Apresentação do grupo				
<b>Data:</b> 12-05-2010				
<b>População Alvo:</b> Jovens consumidores				
<b>Duração:</b> 60 min.				
<b>Objectivo Geral:</b> Que os adolescentes saibam formas de prevenção e redução de factores de risco				
<b>Objectivos Específicos:</b> -Apresentar os membros do grupo;				
-Promover a sua interacção;				
-Fomentar coesão do grupo.				
Fases	Conteúdos	Métodos Pedagógicos	Recursos Didácticos	Tempo
<b>Introdução</b>	Apresentação do jogo ao grupo;	Expositivo	Um papel grande, canetas e dado numerado.	10 min.
	Comunicação dos objectivos.			
<b>Desenvolvimento</b>	Criar clima de abertura, confiança e empatia com o grupo.	Expositivo/	Folhas de papel, imagens, canetas e dado numerado.	20 min.
		Interactivo		
<b>Conclusão</b>	Síntese da sessão;	Expositivo/	Folhas de papel e canetas.	20 min.
	Esclarecimento e discussão.	Interactivo		
<b>Avaliação</b>	Debata e comunicação grupal			10 min.

<b>Plano de Sessão II</b>				
<b>Instituição: PIAC</b>				
<b>Tema: Descobrir e conhecer o outro</b>				
<b>Data: 19.05.2010</b>				
<b>População Alvo: Jovens consumidores</b>				
<b>Duração: 60 min.</b>				
<b>Objectivo Geral: Que os adolescentes saibam formas de prevenção e redução de factores de risco</b>				
<b>Objectivos Específicos: - Abordar expectativas dos elementos em relação ao programa;</b>				
<b>- Optimizar potencialidades individuais.</b>				
<b>Fases</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos Pedagógicos</b>	<b>Recursos Didáticos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Síntese da sessão anterior;	Expositivo		10 min.
	Apresentação desta sessão.			
<b>Desenvolvimento</b>	Organização do grupo de forma homogênea para partilhar experiências dois a dois.	Expositivo/		20 min.
		Interactivo		
<b>Conclusão</b>	Exposição das experiências partilhadas.	Expositivo/		20 min.
		Interactivo		
<b>Avaliação</b>	Definição das normas de funcionamento do grupo, dando importância à inclusão de todos os elementos			10 min.

<b>Plano de Sessão III</b>				
<b>Instituição: PIAC</b>				
<b>Tema:</b> Abordagem das motivações, desejos e esperanças, mas também dos medos e angústias.				
<b>Data:</b> 26.05.2010				
<b>População Alvo:</b> Jovens consumidores				
<b>Duração:</b> 60 min.				
<b>Objectivo Geral:</b> Que os adolescentes saibam formas de prevenção e redução de factores de risco				
<b>Objectivos Específicos:</b> - Promover a interacção e a coesão no grupo; - Melhorar o nível das relações sociais/interpessoais				
<b>Fases</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos Pedagógicos</b>	<b>Recursos Didácticos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Síntese da sessão anterior; Actividades no grupo	Expositivo	Folhas e canetas	10 min.
<b>Desenvolvimento</b>	Brainstorming sobre o medo; Interacção grupal; Questões sobre o tema.	Expositivo/ Interactivo	Quadro, canetas de filtro, folhas e canetas	20 min.
<b>Conclusão</b>	Apresentação e debate.	Expositivo/ Interactivo		20 min.
<b>Avaliação</b>	Compreensão perante o grupo de que as decisões têm consequências. Capacidade para lidar com situações de medo/angústia			10 min.

<b>Plano de Sessão IV</b>				
<b>Instituição: PIAC</b>				
<b>Tema: Exercício de auto-abertura</b>				
<b>Data: 02.06.2010</b>				
<b>População Alvo: Jovens consumidores</b>				
<b>Duração: 60 min.</b>				
<b>Objectivo Geral:</b> Que os adolescentes saibam formas de prevenção e redução de factores de risco				
<b>Objectivos Específicos:</b> - Partilhar com o grupo vivências de situações problemáticas; -Abordar expectativas desenvolvidas relativamente aos problemas actuais.				
<b>Fases</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos Pedagógicos</b>	<b>Recursos Didáticos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Síntese da sessão anterior; Introdução ao tema.	Expositivo	Folhas e canetas.	10 min.
<b>Desenvolvimento</b>	Livre partilha de vivências entre os elementos e troca de feedback no grupo. Jogos em grupo.	Expositivo/  Interactivo	Balões; tiras de papel para cada um; fita adesiva.	20 min.
<b>Conclusão</b>	Auto-reflexão e auto-conscienciali-zação sobre a vida.	Expositivo/  Interactivo		20 min.
<b>Avaliação</b>	Existência de competências de comunicação, auto-controlo e descentração que capacitem os adolescentes a lidarem com a frustração e resolverem conflitos influentes no processo de mudança.			10 min.

<b>Plano de Sessão V</b>				
<b>Instituição: PIAC</b>				
<b>Tema: Malefícios das drogas</b>				
<b>Data: 09.06.2010</b>				
<b>População Alvo: Jovens consumidores</b>				
<b>Duração: 60 min.</b>				
<b>Objectivo Geral:</b> Que os adolescentes saibam formas de prevenção e redução de factores de risco				
<b>Objectivos Específicos:</b> - Favorecer o desenvolvimento do reforço de auto-estima e aumento do auto-controlo; - Desenvolver comportamentos assertivos.				
Fases	Conteúdos	Métodos Pedagógicos	Recursos Didácticos	Tempo
<b>Introdução</b>	Síntese da sessão anterior; Introdução ao tema.	Expositivo		10 min.
<b>Desenvolvimento</b>	Apresentação em power-point das diferentes substâncias, bem como a sua origem.	Expositivo/ Interactivo	Data Show	30 min.
<b>Conclusão</b>	Discussão, reflexão e esclarecimento de dúvidas, partilha de experiências e ideias sobre o tema.	Expositivo/ Interactivo		10 min.
<b>Avaliação</b>	Aquisição de competências relacionadas com a assertividade.			10 min.

<b>Plano de Sessão VI</b>				
<b>Instituição: PIAC</b>				
<b>Tema: “Expressa-te”</b>				
<b>Data: 16.06.2010</b>				
<b>População Alvo: Jovens consumidores</b>				
<b>Duração: 60 min.</b>				
<b>Objectivo Geral:</b> Que os adolescentes saibam formas de prevenção e redução de factores de risco				
<b>Objectivos Específicos:</b> - Percepcionar que todos são diferentes; - Identificar principais influências nos consumos; - Expressar os seus pensamentos.				
<b>Fases</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos Pedagógicos</b>	<b>Recursos Didáticos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Síntese da sessão anterior;	Expositivo		10 min.
<b>Desenvolvimento</b>	Expressão de ideias, preocupações e medos.	Expositivo/ Interactivo	T-Shirt branca, canetas de filtro.	20 min.
<b>Conclusão</b>	Reflexão e expressão dos sentimentos referentes a si próprios.	Expositivo/  Interactivo		20 min.
<b>Avaliação</b>	Capacidade de expressão			10 min.

<b>Plano de Sessão I</b>				
<b>Instituição: PIAC</b>				
<b>Tema: Apresentação do grupo</b>				
<b>Data: 12.05.2010</b>				
<b>População Alvo: Jovens abstinentes</b>				
<b>Duração: 60 min.</b>				
<b>Objectivo Geral: Que os adolescentes saibam formas de prevenção e redução de factores de risco</b>				
<b>Objectivos Específicos: - Promover a descoberta dos membros do grupo e a sua consequente apresentação a partir de um estímulo verbal.</b>				
<b>Fases</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos Pedagógicos</b>	<b>Recursos Didácticos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação do grupo; Comunicação dos objectivos.	Expositivo		10 min.
<b>Desenvolvimento</b>	Criar clima de abertura, empatia e confiança entre o grupo através de um jogo.	Expositivo/  Interactivo	Bolas de sopro; cartões; lápiz e papel	20 min.
<b>Conclusão</b>	Síntese da sessão; Esclarecimento e discussão.	Expositivo/ Interactivo		20 min.
<b>Avaliação</b>	Debate e comunicação grupal			10 min.

<b>Plano de Sessão II</b>				
<b>Instituição: PIAC</b>				
<b>Tema: “Descobrir o outro”</b>				
<b>Data: 19.05.2010</b>				
<b>População Alvo: Jovens abstinentes</b>				
<b>Duração: 60 min.</b>				
<b>Objectivo Geral:</b> Que os adolescentes saibam formas de prevenção e redução de factores de risco				
<b>Objectivos Específicos:</b> - Treinar competências que de alguma forma ajudem no seu desenvolvimento pessoal e social.				
<b>Fases</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos Pedagógicos</b>	<b>Recursos Didácticos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Introdução ao tema.	Expositivo		10 min.
<b>Desenvolvimento</b>	Exposição de opiniões, sentimentos, necessidades e tudo o que considerem importante para eles e para o grupo	Expositivo/  Interactivo	Papel e caneta	20 min.
<b>Conclusão</b>	Partilha de ideias entre o grupo.	Expositivo/ Interactivo		20 min.
<b>Avaliação</b>	Definição das regras de funcionamento do grupo, realçando o sigilo das sessões.			10 min.

<b>Plano de Sessão III</b>				
<b>Instituição: PIAC</b>				
<b>Tema: Motivações, desejos e esperanças</b>				
<b>Data: 26.05.2010</b>				
<b>População Alvo: Jovens abstinentes</b>				
<b>Duração: 60 min.</b>				
<b>Objectivo Geral:</b> Que os adolescentes saibam formas de prevenção e redução de factores de risco.				
<b>Objectivos Específicos:</b> - Melhorar a interacção e coesão grupal; - Promover a autonomia, auto-estima, auto-eficácia e auto-conceito.				
Fases	Conteúdos	Métodos Pedagógicos	Recursos Didácticos	Tempo
<b>Introdução</b>	Introdução ao tema; Síntese da sessão anterior.	Expositivo		10 min.
<b>Desenvolvimento</b>	Questões sobre o tema; Partilha das respostas com o grupo.	Expositivo/ Interactivo	Papel e caneta	20 min.
<b>Conclusão</b>	Discussão sentimental	Expositivo/ Interactivo		20 min.
<b>Avaliação</b>	Capacidade para lidar com situações que causem transtorno			10 min.

<b>Plano de Sessão IV</b>				
<b>Instituição: PIAC</b>				
<b>Tema: “Quem sou eu”</b>				
<b>Data: 2.06.2010</b>				
<b>População Alvo: Jovens abstinentes</b>				
<b>Duração: 60 min.</b>				
<b>Objectivo Geral:</b> Que os adolescentes saibam formas de prevenção e redução de factores de risco				
<b>Objectivos Específicos:</b> - Perceber a individualidade de cada um; - Entender diferentes reacções face a situações iguais.				
<b>Fases</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos Pedagógicos</b>	<b>Recursos Didácticos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Introdução ao tema; Síntese da sessão anterior.	Expositivo		10 min.
<b>Desenvolvimento</b>	Dinâmicas de afirmação: “Quem sou eu”, “os meus valores”, “escala de valores” e “como expressar os meus sentimentos”.	Expositivo/  Interactivo	Papel e caneta.	20 min.
<b>Conclusão</b>	Debate sobre o tema.	Expositivo/ Interactivo		20 min.
<b>Avaliação</b>	Assimilação das diferenças			10 min.

<b>Plano de Sessão V</b>				
<b>Instituição: PIAC</b>				
<b>Tema: Incentivo à comunicação</b>				
<b>Data: 9.06.2010</b>				
<b>População Alvo: Jovens abstinentes</b>				
<b>Duração: 60 min.</b>				
<b>Objectivo Geral:</b> Que os adolescentes saibam formas de prevenção e redução de factores de risco				
<b>Objectivos Específicos:</b> - Estimular as pessoas para que expressem por palavras ou por escrito os seus sentimentos aos outros.  - Vivenciar os problemas relacionados com dar/receber afectos				
Fases	Conteúdos	Métodos Pedagógicos	Recursos Didácticos	Tempo
<b>Introdução</b>	Introdução ao tema; Síntese da sessão anterior.	Expositivo		10 min.
<b>Desenvolvimento</b>	Jogos para estimular sentimentos positivos entre o grupo.	Expositivo/  Interactivo		20 min.
<b>Conclusão</b>	Síntese de experiências e afectos vividos.	Expositivo/ Interactivo		20 min.
<b>Avaliação</b>	Percepção de cada elemento acerca da temática.			10 min.

<b>Plano de Sessão VI</b>				
<b>Instituição: PIAC</b>				
<b>Tema: “Eu e os outros”</b>				
<b>Data: 16.06.2010</b>				
<b>População Alvo: Jovens abstinentes</b>				
<b>Duração: 60 min.</b>				
<b>Objectivo Geral:</b> Que os adolescentes saibam formas de prevenção e redução de factores de risco				
<b>Objectivos Específicos:</b> - Optimizar potencialidades individuais; - Avaliar situações para tomada de decisões.				
<b>Fases</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos Pedagógicos</b>	<b>Recursos Didácticos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Síntese da sessão anterior; Apresenta-ção do tema.	Expositivo		10 min.
<b>Desenvolvimento</b>	Representa-ção da história.	Expositivo/ Interactivo	Data Show	20 min.
<b>Conclusão</b>	Reflexão e debate.	Expositivo/ Interactivo		10 min.
<b>Avaliação</b>	Elaboração de dossier “Passagem pelo PIAC”			20 min.

**ANEXO VII - TESTEMUNHOS**

## TESTEMUNHOS

*“Acho muito mal as sessões acabarem, eu adoro vir para cá e falar convosco”* (Jovem A, 15 anos, masculino)

*“A noite de quarta-feira era o momento mais importante da semana. Era aí, depois das sessões, que eu pensava nas coisas que aqui me ensinaram e que antes eu não dava valor nenhum.”* (Jovem B, 13 anos, feminino)

*“Eu só quero mesmo agradecer a todos, pelos momentos que me fizeram passar. Foi bom”* (Jovem C, 15 anos, masculino)

**ANEXO VIII - RESUMOS DE SESSÃO**

## RESUMOS DE SESSÃO

**Data:** 12.5.2010

As conclusões têm um resultado positivo pois desde logo houve empatia entre os técnicos e os utentes, o que facilita todo o trabalho a desenvolver posteriormente. Mesmo assim, houve alguns entraves pois não havia sido ainda estabelecida uma relação.

**Data:** 19.5.2010

Correu melhor que a primeira pois já havia mais à vontade uns com os outros e já existia comunicação entre pessoas da mesma faixa etária e com a mesma problemática. Tudo ficou mais facilitado. A actividade foi produtiva tendo como objectivo dar a conhecer quem era cada pessoa e promover o diálogo, objectivo este, alcançado com sucesso.

**Data:** 26.5.2010

Correu bem melhor pois houve a criação de laços entre os constituintes do grupo, tendo sido notório pois falam, desabafam, colaboram e mostram-se mais desinibidos. Foi benéfico não só para o bom funcionamento das sessões, mas também para o desenvolvimento pessoal e profissional relativamente à imparcialidade e distância a manter relativamente aos relacionamentos com os educandos.

**Data:** 2.6.2010

Correu muito bem, os membros do grupo já estão completamente à vontade dentro do mesmo, tanto com os técnicos como com eles próprios e os

companheiros, então tudo fluiu tranquilamente e sempre dentro do desejado. Os objectivos foram claramente atingidos pois integram-se completamente nas dinâmicas. As actividades dinamizadas, foram produtivas pois deu torna-se possível para o técnico conhecer ainda melhor o utente e trabalhar com ele as competências pessoais que poderão combater os medos referidos. A actividade relativa aos sentimentos serviu para atenuar a tensão e para cada pessoa perceber o que significava o que sentia, desde amor, a amizade, ansiedade, medo.

**Data:** 9.6.2010

Esta sessão foi a mais produtiva até então. Fez-se “a bola dos relatos”, esta bola trouxe ao grupo uma atenção e um sentimentalismo inesperados. As histórias que foram retratadas por cada elemento foram de facto impressionantes e marcaram toda a gente. Foi a sessão mais importante pois foi aqui que houve a certeza que de facto os membros do grupo se sentiam à vontade e faziam daquele, o seu espaço, o seu refúgio, sabiam que tinham atenção e lhes era dada importância. Cria-se esta noção porque foram contadas vivências de extrema importância e completamente chocantes que qualquer pessoa diria que faz parte da vida íntima e pessoal de cada um.

**Data:** 16.6.2010

Esta sessão foi uma espécie de avaliação, para-se para pensar em como estava a decorrer tudo e o que fazer daqui para a frente. Torna-se evidente que a relação criada entre todos estava unificada pelo que disseram que gostavam de ficar com uma recordação desta caminhada, por isso decide-se fazer um dossier, com o título “a minha passagem pelo PIAC”.